

University of Groningen

Mannen met plasklachten in de huisartspraktijk

Heide, Wouter Karel van der

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:

2006

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Heide, W. K. V. D. (2006). *Mannen met plasklachten in de huisartspraktijk*. [Thesis fully internal (DIV), University of Groningen]. [s.n.].

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

MANNEN MET PLASKLACHTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK



W.K. VAN DER HEIDE

MANNEN MET PLASKLACHTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK

Stellingen behorende bij het proefschrift van W.K. van der Heide

Mannen met plasklachten in de huisartspraktijk

1. De bezorgdheid over een eventuele kwaadaardige achtergrond is een belangrijke reden voor oudere mannen om met plasklachten de huisarts te consulteren en is een kenmerkende factor welke spreekuurbezoek voorspelt (dit proefschrift).
2. Door de invloed van het consult van de huisarts zijn de komers in het be-
loop van hun klachten beter af dan de niet-komers en laat bovendien het
effect van consultatie zich over langere tijd gelden (dit proefschrift).
3. Hoewel de niet-komers zich tekort doen, is dit herenleed beperkt tot licht
verdriet; de inzet om hen actief op te roepen tot spreekuurbezoek is niet
nodig en ongewenst (dit proefschrift).
4. De niet-komer voelt zich niet ziek (dit proefschrift).
5. Bij de komers is de invloed van plasklachten op de beleving van seksualiteit
reeds bij geringe ernst merkbaar; in dit licht gezien kunnen hun plas-
klachten gezien worden als gesublimeerde seksuele disfunctiestoornissen
(dit proefschrift).
6. Plasklachten zijn typische klachten voor de poortwachters van de gezond-
heidszorg: huisartsen bestrijden last en hinder, ontzorgen en weten, door
een juiste keuze van de behandelopties, voor hun patiënten een goede
reductie van klachten te bereiken (dit proefschrift).
7. Voor huisarts én patiënt moet gelden: 'denk goed na, voor u gebruik maakt
van de PSA'.
8. Wanneer bij de behandeling van constitutioneel eczeem topicale cortico-
steroïden intermitterend worden toegediend en daarbij gekozen wordt
voor de juiste sterkte voor de juiste huiddelen, zijn bijwerkingen, gevreesd
door ouders, patiënt én dokter, verwaarloosbaar.
9. Ook bij een goed lopende urinewegcatheter is er bijna altijd sprake van
geïnfecteerde urine en verdient het aanbeveling, gezien de kans op bacte-
riële resistentie, slechts antibiotica voor te schrijven bij koorts of voor het
verwijderen van de catheter.
10. Aangezien factoren zoals hoge bloeddruk, hypothyreoïdie en verhoogd
cholesterol welke op middelbare leeftijd een risico vormen voor de
gezondheid, voor de groep oudste ouderen juist beschermend lijken te
kunnen werken, is nader onderzoek en het ontwikkelen van specifieke,
voor deze groep geïndiceerde behandelprotocollen gewenst (J. Gussekloo,
"Oudste ouderen in de huisartspraktijk: anders dan anderen!" 2006).
11. Eén van de gevolgen van de invoering van de centraal geregelde avond-,
nacht- en weekenddiensten is het feit dat de afstand naar de patiënt gro-
ter is geworden.
12. Een voorstander kan een vervelende klier worden.



RIJSUNIVERSITEIT GRONINGEN

**MANNEN MET PLASKLACHTEN
IN DE HUISARTSPRAKTIJK**

Proefschrift

ter verkrijging van het doctoraat in de
Medische Wetenschappen
aan de Rijksuniversiteit Groningen
op gezag van de Rector Magnificus, dr. F. Zwarts,
in het openbaar te verdedigen op
woensdag 21 juni 2006
om 16.15 uur

door

Wouter Karel van der Heide

geboren op 15 juli 1949

te Utrecht

Promotores Prof. dr. H.J.A. Mensink
 Prof. dr. D. Post

Beoordelingscommissie Prof. dr. J.W. Groothoff
 Prof. dr. A.L.M. Lagro-Janssen
 Prof. dr. J.M. Nijman

ISBN: 90 367 2631 x

INHOUD

Voorwoord		1
Hoofdstuk 1	Vraagstelling van het onderzoek	3
Hoofdstuk 2	Opzet van het onderzoek	11
Hoofdstuk 3	Mannen met plasklachten in de huisartspraktijk: de literatuur	33
Hoofdstuk 4	Mannen met plasklachten: wie komt er op het spreekuur van de huisarts?	71
Hoofdstuk 5	Het beloop van de klachten van de komer	101
Hoofdstuk 6	Mannen met plasklachten: wie komt er níet op het spreekuur van de huisarts?	119
Hoofdstuk 7	Het beloop van de klachten van de niet-komer	145
Hoofdstuk 8	Het verschil in beloop tussen komer en niet-komer	155
Hoofdstuk 9	Algemene discussie	163
Samenvatting		175
Summary		181
Bijlagen		187
Dankwoord		225
Curriculum vitae		229

VOORWOORD

In dit proefschrift wordt verslag gedaan van een onderzoek naar plasklachten van (oudere) mannen in de huisartspraktijk. Een aantal factoren zijn voor mij aanleiding geweest om dit onderwerp te kiezen voor een wetenschappelijke studie en hierover uiteindelijk een dissertatie te schrijven.

In eerste instantie hebben nascholingsactiviteiten op urologisch gebied mijn interesse gewekt voor het onderwerp urologie in de huisartspraktijk en specifiek voor plasklachten, toen nog prostatisme-klachten of klachten door BPH.

De ontwikkeling van medicatie in de jaren negentig voor de behandeling van mictieklachten, heeft hierbij katalyserend gewerkt en mij enthousiast gemaakt voor het feit dat er in het beleid bij deze klachten, voor patiënt, uroloog en huisarts méér mogelijk werd gemaakt.

De therapie, in mijn dagelijks handelen als huisarts, kende daarvóór eigenlijk slechts twee mogelijkheden: advies en geruststelling of verwijzing. De mannen met klachten konden nu ook in de huisartspraktijk met behulp van medicijnen behandeld worden en op die manier werd aan het beleid van klachten van Bemoeilijkt mictie de optie medicatie toegevoegd.

Ook het feit dat er aandacht kwam voor het belang van een betere samenwerking tussen eerste- en tweede lijn bij het beleid van mictieklachten bij mannen, heeft een positieve invloed gehad op mijn keuze om in dit deelgebied van de geneeskunde onderzoek te doen. Deze samenwerking uitte zich ondermeer in de gedachte van “shared-care”: het principe dat na éénmalige consultatie van de uroloog, de patiënt mét advies weer terugverwezen wordt voor verdere zorg naar de huisarts. Struikelblok van deze samenwerking is vaak het onbegrip voor het verschil in morbiditeit tussen de eerste- en tweede lijnsgeneeskunde, waarbij de huisarts veel gezonden en weinig ongezonden tegenkomt en de specialist juist veel ongezonden en weinig gezonden. Het in epidemiologisch opzicht leren kennen van elkaars patiënten, helpt om elkaar beter te verstaan.

Zelf had ik eigenlijk ook geen duidelijk profiel van de man, die met plasklachten de huisarts consulteert. Het leek mij daarom zinvol om dit gegeven vanuit het perspectief van de huisarts te onderzoeken en te beschrijven als bijdrage voor een goed begrip van de morbiditeit van plasklachten van oudere mannen in de eerstelijns geneeskunde.

Tenslotte viel het mij op, dat ik als huisarts in mijn dagelijks handelen vaak dezelfde patiënten zie. Dit geeft mij de kans deze patiënten beter te

leren kennen en verbetert (meestal!) mijn consultvoering door de toegenomen kennis van de context van de patiënt. Maar is er ook een aantal patiënten die ik juist weinig op het spreekuur zie. Voor de patiënten uit dit deel van de populatie is er vaak weinig of géén aandacht, maar zij zijn tenslotte ook niet ziek! Kennelijk redden zij zich met hun klachten en behoeven zij geen attentie van de dokter. Het intrigeerde mij of dit ook echt het geval was en het nodigde uit om nader stil te staan bij dit fenomeen “niet komen” en te ontdekken of dit voor onderzoek in de huisartspraktijk toegankelijk zou zijn.

Ondersteund door de resultaten van prevalentiestudies die betrekking hebben op het vóórkomen van mictieklachten bij mannen, waarbij bleek dat er verhoudingsgewijs véél mannen zijn die mét klachten de huisarts niet consulteren, werd het idee geboren om een somatisch probleem, in dit geval mictieklachten bij (oudere) mannen, te koppelen aan het probleem uit het meer sociaal-geneeskundige werkveld: het “komen en niet komen”.

De vraag: “is er verborgen leed van plasklachten dat opgespoord dient te worden?”, leek een mooi uitgangspunt om verder uit te werken in een onderzoeksopzet.

Op deze manier hebben bovengenoemde factoren, namelijk de interesse voor een specifiek deelgebied van de geneeskunde, de wens om meer te weten te willen komen van de epidemiologie van plasklachten in de huisartspraktijk én de nieuwsgierigheid naar de redenen en achtergronden van degenen die met klachten thuisblijven, geleid tot de opzet van deze studie.

Mijn hoop is, dat de uitkomsten en aanbevelingen van dit onderzoek een bijdrage leveren voor een verbetering van het handelen bij klachten van Bemoeilijkte mictie, voor patiënt én dokter.

VRAAGSTELLING VAN HET ONDERZOEK

1.1 Inleiding

Het gebruik van voorbeelden uit de (huisarts)praktijk van alledag, is een inzichtelijke en vaak gehanteerde manier om de beschrijving van de vraagstelling van een wetenschappelijk onderzoek te illustreren^{1,2}.

Deze casuïstische vormgeving is enerzijds bedoeld als verlevendiging van het onderwerp, anderzijds geeft het een voorbeeld hoe juist vanuit situaties uit de dagelijkse praktijk interesse voor onderzoek kan worden gewekt en een vraagstelling kan worden ontwikkeld.

Ook bij deze studie over plasklachten bij mannen in de huisartspraktijk, is de ontwikkeling van de onderzoeksvragen op die manier ontstaan en vormgegeven. Voorvallen uit de alledaagse praktijk hebben ook hier de huisarts nieuwsgierig gemaakt en onderzoeksinteresse gewekt en vormen zo de basis van de vraagstelling.

Voor de onderbouwing van de eerste drie vragen is gebruikt gemaakt van een casus uit de eigen praktijk. De casus, die ten grondslag ligt aan de vierde en vijfde onderzoeksvraag, is samengesteld uit vraaggesprekken met mannen met plasklachten die deelnamen aan een onderzoek naar de reden van het niet bezoeken van de huisarts³.

1.2 Welke mannen komen met plasklachten op het spreekuur?

Dhr. P., 56 jaar, komt op het spreekuur met plasklachten. Hij moet 's nachts wat vaker plassen en de straal is minder sterk dan vroeger. Het plassen komt wat aarzelend op gang. Hij heeft deze klachten al enige tijd en vraagt de huisarts of dit 'kwaad' kan. In het verloop van het consult wordt duidelijk dat dhr. P. zich ongerust maakt over een eventuele kwaadaardigheid van zijn prostaat; zijn buurman heeft recent een behandeling ondergaan wegens prostaatkanker.

Zijn klachten worden nader besproken, waarbij er tijdens het consult ook ingegaan wordt op zijn bezorgdheid over zijn klachten en de relatie met prostaatkanker. Tenslotte wordt een plan van aanpak afgesproken om, na afronding van het lichamelijk- en laboratorium-onderzoek, te komen tot een diagnose en verder beleid.

Een belangrijk onderdeel van de consultvoering in de huisartspraktijk is in eerste instantie de poging van de dokter om een antwoord te krijgen op de concrete vraag waarvoor de patiënt hulp wil en diens wensen en verwachtingen over de manier waarop die hulp gegeven kan worden. Men noemt dit proces: verheldering van de hulpvraag⁴. In zijn algemeenheid kan gesteld worden dat vragen die verborgen blijven en niet tijdens het consult boven water komen, het diagnostisch en beleidsmatig proces storen.

Het is dus van belang voor patiënt en arts om voor het oplossen van het probleem de hulpvraag zo concreet mogelijk te benoemen en een duidelijk beeld te krijgen van de precieze reden van komst op het spreekuur.

In dit consult lijkt op het eerste gezicht dat de huisarts erin is geslaagd de reden van komst van dhr. P. te verduidelijken en wordt zowel aan de klachten als aan de bezorgdheid aandacht gegeven. Herkenbaar is ook de wijze waarop dhr. P. zijn klachten presenteert: achter zijn eerste vraag (verandering van plaspatroon) is een tweede vraag verborgen (angst voor kanker).

Wordt hiermee zijn reden van komst die dag op het spreekuur van de huisarts volledig verklaard?

Is de hulpvraag van de patiënt hiermee zo concreet mogelijk gedefinieerd?

Zoals bekend spelen bij de analyse van het wel of niet consulteren van de huisarts vele factoren een rol⁵ en is deze vraag niet eenduidig op te lossen vanuit de beperkte gegevens van de onderhavige casus.

In ieder geval wordt het vanuit de verslaglegging van het consult niet duidelijk of dhr. P. ook gekomen zou zijn als hij géén buurman gehad had met prostaatkanker! Had hij zichzelf aangepast? Waren de klachten door hem geduid als passend bij veroudering? Was zijn bezorgdheid nu zo groot geworden dat hij daarom de huisarts bezocht?

Gegevens over de aanwezigheid van plasklachten bij mannen in de bevolking laten zien dat er veel mannen met matig tot ernstige klachten zijn die daarvoor niet op het spreekuur van de dokter komen. Dit werd aanvankelijk beschreven in buitenlands onderzoek^{6,7,8,9,10,11}.

In Nederlandse studies wordt dit beeld van verborgen morbiditeit, de aanwezigheid van klachten zonder dat een beroep wordt gedaan op medische zorg, bevestigd^{12,13,14,15}. Zoals bekend is daarom het zogenaamde ijsbergfenomeen op deze klachten van toepassing: het topje van de ijsberg wordt gevormd door klachten die wél bij de huisarts worden gepresenteerd, ónder water blijft een groot deel van klachten waarmee men níet op het spreekuur komt¹⁶.

Om meer te weten te komen over de klachten en achtergronden van degenen die wél en niet het spreekuur bezochten, –in ons onderzoek de komers en de niet-komers genoemd–, staan eerst de komers centraal en zijn de eerste twee onderzoeksvragen als volgt geformuleerd:

1. Welke mannen gaan naar de huisarts met plasklachten en wat is hun reden van komst?
2. Hoe is het handelen van de huisarts ten aanzien van de aangeboden klachten?

1.3 Hoe is het beloop van klachten ?

Dhr. P. komt terug op het spreekuur: afgesproken is om in een tweede consult de onderzoeksgegevens te bespreken en het verdere beleid te bepalen. De huisarts stelt hem gerust: er zijn geen aanwijzingen voor kwaadaardigheid gevonden. De diagnose wordt gesteld op milde plasklachten bij een goedaardige prostaatvergroting.

Dhr. P. vraagt of het nodig is om medicijnen voor zijn klachten te gebruiken. Hij hoorde in een advertentie van het bestaan van pillen tegen plasklachten.

Gezien zijn klachten wordt in onderling overleg besloten voorlopig af te wachten, geen pillen voor te schrijven en over zes weken de situatie opnieuw te beoordelen.

Zoals geschetst wordt de episode plasklachten nog niet afgesloten, waarbij met episode de ziekte of het probleem bedoeld wordt gedurende het gehele verloop in de tijd vanaf de eerste presentatie aan de huisarts tot het moment dat de ziekte genezen is, het probleem is opgelost of geen geneeskundige hulp meer gevraagd wordt¹⁷. Zowel voor de patiënt als voor de huisarts geeft dit aldus gelegenheid om de ontwikkeling van klachten de komende maanden te vervolgen en het beleid eventueel bij te stellen afhankelijk van verandering/verslechtering van klachten: het beloop wordt afgewacht in de tijd.

Maar welke elementen spelen in die tijd een rol bij het beïnvloeden van het beloop? Was bijvoorbeeld de geruststelling van dhr. P. voldoende om de ernst van zijn klachten te verminderen?

Bekend is dat plasklachten zich wisselend in ernst kunnen voordoen¹⁸ en het zijn meestal geen spoedeisende ziektebeelden waarmee men de huisarts bezoekt. In de praktijk komt het acute beeld van urineretentie en daardoor onvermogen tot plassen verhoudingsgewijs weinig voor als eerste presentatie van plasklachten bij de huisarts¹⁹.

In het geval van dhr. P. vond de huisarts verwijzing naar de tweede lijn (meestal uroloog) niet nodig voor verdere diagnostiek en/of behandeling. Kennelijk was er voldoende diagnostische zekerheid om de klachten in eigen beheer te houden maar is het niet duidelijk op welke grond nu precies tot deze afweging werd gekomen.

Er werd geen medicatie voorgeschreven. Door de ontwikkeling van medica-

menten die plasklachten positief kunnen beïnvloeden, is er veel aandacht van de farmaceutische industrie voor klachten van mannen met problemen van de lagere urinewegen. Uit onderzoek is gebleken dat de afgelopen jaren de Nederlandse huisarts inderdaad vaker medicatie voorschrijft bij plasklachten dan vroeger²⁰, maar ook dat het aantal operaties voor deze aandoening aanzienlijk is gedaald.

Welke stappen zet de huisarts eigenlijk in het beleid bij mictieklachten en welke invloed heeft dat op het beloop?

Bovenstaande overwegingen en vragen vormen de basis van de formulering van de derde onderzoeksvraag:

3. Wat is het beloop van de klachten van de mannen die de huisarts hebben geconsulteerd?

1.4 Welke plasklachten hebben mannen die de huisarts níet bezoeken?

Dhr. K., 61 jaar, heeft al lange tijd plasklachten. Overdag heeft hij wat meer aandrang en kan het plassen soms moeilijk uitstellen. Hij is vertegenwoordiger van beroep en maakt veel kilometers in zijn auto. Door wat vaker een plaspauze in te lassen, kan hij zich goed redden. Ook drinkt hij wat minder koffie bij zijn klanten, het geeft hem minder klachten. Hij maakt zich niet ongerust over zijn klachten: net als het krijgen van grijs haar, past het bij het ouder worden! Hij ziet geen reden om hiervoor de huisarts te bezoeken.

Dhr. K. schrijft zijn klachten toe aan ouder worden en heeft zijn leven aan de klachten aangepast. Zijn klachten zijn al langer tijd stabiel; er treedt geen verslechtering, maar ook geen verbetering op. Hij is niet bezorgd over zijn klachten. Hij ervaart wel hinder maar bedacht zelf oplossingen voor zijn frequente aandrang en nam zelf de maatregel minder koffie te drinken.

Onderzoeksgegevens laten zien dat mannen uit deze groep hun klachten zien als passend bij veroudering³. Zij hebben wel hinder, maar passen zich aan en verbinden deze hinder niet aan bezorgdheid. Pijn bij het plassen, bloed in de urine en acute retentie zijn voor hen reden om wel de huisarts te bezoeken. Uitgaande van een in de urologie gangbare indeling²¹, heeft dhr. P. meer obstructieve klachten, een aarzelende en moeizaam op gang komende straal, en heeft dhr. K. meer irritatieve klachten, waarbij het vaker moeten plassen en moeilijk uitstelbare plasdrang een rol spelen.

Hebben mannen die niet komen andersoortige of minder ernstige klachten? Zijn zij minder gauw bezorgd? Is het beloop van hun klachten anders dan het beloop van de komers?

Congruent met de vraagstelling aan de mannen die de huisarts wél bezoeken, moet de vierde, vijfde en zesde onderzoeksvraag een antwoord geven, welke klachten mannen hebben die níet komen, of er verschillen zijn tussen beiden en hoe het beloop is van hun klachten.

De formulering is aldus:

4. Welke mannen gaan níet naar de huisarts met plasklachten en waaróm gaan zij niet naar het spreekuur?
5. Welke verschillen zijn er tussen de mannen die de huisarts wél en níet consulteren?
6. Hoe is het beloop van de klachten van de mannen die de huisarts niet hebben geconsulteerd?

1.5 Welke verschillen in het beloop zijn er tussen de komer en niet-komer ?

Na het vaststellen van de aard en omvang van de klachten van de komers en niet-komers en het beloop van hun klachten, wil de zevende vraag inzicht geven in verschillen in het beloop van de klachten van de mannen die wél en de mannen die níet de huisarts bezochten. Casuïstiek uit de praktijk van alledag is voor de illustratie van deze vraag niet voorhanden; de huisarts is immers onbekend met de klachten van de niet-komer. Met een knipoog naar de werkelijkheid zou het volgende praktijkvoorbeeld als achtergrond kunnen dienen:

De huisarts ontvangt bij het controlebezoek van Dhr. P. na twee maanden diens plasklachtenscore en vergelijkt de resultaten met de resultaten van de vragenlijst van het eerste bezoek.

De klachtenscore is verbeterd. Afgesproken wordt om voorlopig af te wachten en bij toename van klachten een nieuwe afspraak te maken op het spreekuur.

Dhr. P. laat tijdens het consult de resultaten zien van de vragenlijst van dhr. K., die een goede vriend van hem is. Dhr. K., ook ingeschreven in de praktijk, heeft tegelijk met dhr. P. ook tweemaal de klachtenscorelijst ingevuld, recent en twee maanden geleden.

Er is een duidelijk verschil met dhr. P., zijn klachten zijn niet verbeterd. Wat nu?

Moet de huisarts dhr. K. nu oproepen voor overleg op het spreekuur?

Een klachtenscorelijst is een hulpmiddel om de mate van last die men van de symptomen ondervindt, in een getal uit te drukken. Naast vragen over de ernst, worden vaak een of meer vragen over de hinder die men van zijn

klachten ondervindt toegevoegd. Deze vragenlijst is internationaal ontwikkeld en voor gebruik in Nederland gevalideerd²². De scorelijst kan de huisarts van dienst zijn bij de inventarisatie van klachten bij de eerste komst zoals in het geval van dhr. P., maar kan ook gebruikt worden om in de tijd klachten te vergelijken nadat behandeling is ingesteld. Ook maakt de vragenlijst het mogelijk de ernst van de klachten van dhr. P. en dhr. K., de komer en de niet-komer, te vergelijken.

De vraag van de huisarts, of dhr. K. als niet-komer actief opgeroepen moet worden en of deze zich tekort doet door niet op het spreekuur te komen, kan in zijn algemeenheid vanuit onderzoeksgegevens niet beantwoord worden. Te weinig is bekend over de verschillen in beloop van de plasklachten van de mannen die wél en die níet de huisarts consulteren en zal hierover éérst een uitspraak moeten komen. Dit leidt tot de zevende onderzoeksvraag:

7. Welke verschillen zijn er in het beloop van de klachten van mannen die de huisarts wél en níet hebben geconsulteerd?

1.6 Samenvatting

De vraagstelling van het onderzoek is opgebouwd uit de volgende vragen:

1. Welke mannen gaan naar de huisarts met plasklachten en wat is hun reden van komst?
2. Hoe is het handelen van de huisarts ten aanzien van de aangeboden klachten?
3. Wat is het beloop van de klachten van de mannen die de huisarts hebben geconsulteerd?
4. Welke mannen gaan níet naar de huisarts met plasklachten en waaróm gaan zij niet naar het spreekuur?
5. Welke verschillen zijn er tussen de mannen die de huisarts wél en níet consulteren?
6. Hoe is het beloop van de klachten van de mannen die de huisarts niet consulteren?
7. Welke verschillen zijn er in het beloop van de klachten van mannen die de huisarts wél en niet hebben geconsulteerd?

1.7 Literatuur

- 1 Lagro-Janssen ALM. Urine-incontinentie bij vrouwen in de huisartspraktijk [Dissertatie]. Nijmegen: Rijksuniversiteit Nijmegen, 1991.
- 2 Van der Meer K. Patiënten met psychische en sociale problemen in de huisartspraktijk [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1993.
- 3 Cunningham-Burley S, Allbutt H, Garraway WM, Lee AJ, Russell EBAW. Perceptions of urinary symptoms and health-care-seeking behaviour amongst men aged 40-79 years. *Br J Gen Practice* 1996;46:349-352.
- 4 Grundmeijer HGLM, Reenders K, Rutten GEHM. Het Geneeskundig proces; van klacht naar therapie. 1999, Elsevier/Bunge.
- 5 Beukema-Siebenga H. To go or not to go; an explorative study on people who seldom consult a general practitioner [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1995.
- 6 Garraway WM, Collins GN, Lee RJ. High prevalence of benign prostatic hypertrophy in the community. *Lancet* 1991;338:469-471.
- 7 Britton P, Dowell AC, Whelan P. Prevalence of Urinary Symptoms in Men Aged over 60. *Br J Urol* 1990; 66: 173- 176.
- 8 McKelvie GB, Collins GN, Hehir M, Rogers ACN. A Study of Benign Prostatic Hyperplasia – a Challenge to British Urology. *Br J Urol* 1993; 71: 38-42.
- 9 Chute GC, Panser LA, Girman CJ, Oesterling JE, Guess HA, Jacobsen SJ, Lieber MM. The Prevalence of Prostatism: A population-Based Survey Of Urinary Symptoms. *Journal Urol* 1993; 150: 85-89.
- 10 Trueman P, Hood SC, Nayak USL, Mrazek MF. Prevalence of lower urinary tract symptoms and self-reported diagnosed “benign prostatic hyperplasia” and their effect on quality of life in a community-based survey of men in the UK. *BJU Int* 1999; 83: 410-415.
- 11 Tsukamoto T, Kumamoto Y, Masumori N, et al. Prevalence of prostatism in Japanese men in a community-based study with comparison to a similar American study. *J Urol* 1995; 154 (2): 391-395.
- 12 Wolfs GGMC, Knotterus JA, Janknegt RA. Prevalence and Detection of Micturition Problems among 2.734 elderly men. *J Urol* 1994; 152: 1467-1470.
- 13 Bosch JHLR, Hop WCJ, Kirkels WJ, Schröder FH. The International Prostate Symptom Score in a community-based sample of men between 55 and 74 years of age: prevalence and correlation of symptoms with age, prostate volume, flow rate and residual urine volume. *Br J Urol* 1005; 75: 662-630.
- 14 Blanker MH, Groeneveld FPMJ, Prins A, Bernsen RM, Bohnen AM, Bosch JL. Strong effects of definition and nonresponse bias on prevalence rates of clinical benign prostatic hyperplasia: the Krimpen study of male urogenital tract problems and general health status. *BJU Int* 2000 a; 85: 665-71.
- 15 Wolters R, Wensing M, Van Weel C, Van der Wilt GJ, Grol RPTM. Lower urinary tract symptoms: social influence is more important than symptoms in seeking medical care. *BJU Intl* 2002; 90: 655-661.
- 16 Lisdonk EH van de. Ervaren en aangeboren morbiditeit in de huisartsenpraktijk [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1985.
- 17 Lamberts H. Het huis van de huisarts: verslag van het Transitieproject. 1991, Meditekst.
- 18 Jacobsen SJ, Guess HA, Panser L et al. A population-based study of healthcare-seeking behaviour for treatment of urinary symptoms. The Olmsted County Study of Urinary Symptoms and Health Status Among Men. *Arch fam Med* 1993;2:729-35.

- 19 Elzinga GJW, Gorgels WJM, Wolfs GGMC, Janknegt RA, Knottnerus JA. Acute urineretentie bij mannen >55 jaar: ook voor de huisarts een dringend probleem? Huisarts Wet 1997;40(3):102-04.
- 20 Dijkstra D, Dijksterhuis A, Schouten MA, Lagro-Janssen ALM. Benigne prostaathyperplasie in vier huisartsenpraktijken; vóórkomen, beleid en beloop. Huisarts Wet 2003;46(3):133-37.
- 21 Anderson K-W. Storage and voiding symptoms: pathophysiologic aspects. Urology 2003; 62 (suppl 5B); 3-10
- 22 Barry MJ, Fowler jr FT, O'Leary MP, et al. The American Urological Association symptom index for benign prostatic hyperplasia. The Measurement Committee of the American Urological Association. J Urol 1992;148:1549-57.

OPZET VAN HET ONDERZOEK

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt verslag gedaan van de opzet van het onderzoek, het “design”.

Hiertoe wordt in paragraaf 2.2 eerst vanuit de vraagstelling van het onderzoek per onderdeel beschreven op welke wijze de onderzoeksdata werden verzameld, welke patiëntengroepen werden geselecteerd en in welke tijd de insluiting plaatsvond.

Ook worden de definities die werden gebruikt voor de beschrijving van de onderzoeksgroepen, verduidelijkt.

Paragraaf 2.3 beschrijft het selectieproces van de huisartsen die betrokken waren bij de samenstelling van de zogenaamde komer-groep en in paragraaf 2.4 wordt de selectie besproken van de komers.

In paragraaf 2.5 wordt de selectie besproken van de huisartsen die betrokken waren bij de samenstelling van de zogenaamde niet-komer groep en wordt in paragraaf 2.6 getoond op welke manier deze groep werd samengesteld.

De inhoud van de vragenlijsten wordt verantwoord in paragraaf 2.7 en in paragraaf 2.8 wordt verslag gedaan van de wijze waarop de onderzoeksdata werden gecodeerd.

2.2 De uitwerking vanuit de vraagstelling van het onderzoek

De studie is gebaseerd op de volgende vragenstellingen:

1. Welke mannen gaan naar de huisarts met plasklachten en wat is hun reden van komst?
2. Hoe is het handelen van de huisarts ten aanzien van de aangeboden klachten?
3. Wat is het beloop van de klachten van de mannen die de huisarts hebben geconsulteerd?
4. Welke mannen gaan niet naar de huisarts met plasklachten en waarom gaan zij niet naar het spreekuur?

5. Welke verschillen zijn er tussen de mannen die de huisarts wél en níet consulteren?
6. Hoe is het beloop van de klachten van mannen die de huisarts wél en níet hebben geconsulteerd?
7. Welke verschillen zijn er in het beloop van de klachten van mannen die de huisarts wél en níet hebben geconsulteerd?

Voor deze exploratieve, beschrijvende studie werd gebruik gemaakt van vragenlijsten, welke zowel de patiënten als de huisartsen zelf invulden en terugstuurden. De vragenlijsten werden door de onderzoeker geanonimiseerd en gecodeerd voor verdere statistische bewerking.

Voor de beantwoording van de eerste drie vragen is een patiëntengroep geselecteerd van mannen van 50 jaar en ouder die met plasklachten de huisarts bezocht. De inclusie van deze zogenaamde komer-groep vond plaats in januari t/m december 2000.

Voor de beantwoording van vraag vier, vijf en zes is een controle-groep geselecteerd uit de huisartspopulatie waarin mannen van 50 jaar en ouder zijn ingesloten die in de voorafgaande twee jaren het spreekuur niet bezochten wegens plasklachten. De insluiting van deze zogenaamde niet-komer groep vond plaats in de maanden september 2000 t/m februari 2001. Voor de beantwoording van vraag zeven zijn de twee groepen met elkaar vergeleken.

De onderzoeksopzet werd goedgekeurd door de Commissie Wetenschappelijke Aangelegenheden Noord Nederland in januari 1999.

2.3 De komer-groep – de selectie van de huisartsen

2.3.1 Methode

Voor de uitvoering van het onderzoek werd aan praktiserende huisartsen gevraagd om hun medewerking te verlenen om patiënten, die voldeden aan de inclusiecriteria (zie paragraaf 2.4.1), voor het onderzoek in te sluiten. Er werden geen specifieke eisen gesteld aan de deelnemende huisartsen, zoals de grootte van de praktijk waarin men werkzaam was, het aantal dagen dat men per week werkte of het aantal jaren dat men als huisarts had gewerkt. Voor de uitvoering van dit gedeelte van het onderzoek was berekend dat de medewerking van 50 huisartsen om 150 patiënten uit de doelgroep in te sluiten nodig was. Zoals vaak bij patiëntgebonden onderzoek was ook nu de Wet van Lasagna¹ van toepassing: op het moment van insluiting, neemt het aantal patiënten uit de doelgroep met minstens 10% af. De selectie van pati-

ënten liep hierdoor vertraging op. Als reactie hierop werd het aantal huisartsen uitgebreid, hetgeen uiteindelijk resulteerde in een groep van 69 huisartsen die bereid waren hun medewerking te verlenen.

Om een goede en betrouwbare instroom van patiëntgegevens te realiseren, werd veel aandacht gegeven aan de opbouw van dit huisartsennetwerk. Gekozen werd voor een stapsgewijze uitbreiding van het aantal deelnemende huisartsen, waardoor voldoende tijd was voor uitleg en instructie.

Het gaf zo ook de onderzoeker de gelegenheid te geven hen persoonlijk te bezoeken in de Noordelijke regio en verder in Nederland. Tevens werd hierdoor de gegevensstroom naar het onderzoekscentrum gelijkmatig verdeeld.

De huisartsen kregen eerst schriftelijk informatie over de aard en opzet van het onderzoek. Daarna werden zij persoonlijk door de onderzoeker binnen 14 dagen bezocht op hun praktijkadres. Zo werden 66 huisartsen op hun praktijkadres bezocht (zie bijlage I: verslag van het bezoek aan de huisarts). In drie gevallen lukte het niet tot een afspraak te komen met de deelnemende huisarts. Men kreeg dan uitgebreid schriftelijke instructie over de selectieprocedure

De huisartsen die werden bezocht kregen mondelinge informatie over het doel en de opzet van de studie en kregen vervolgens uitleg over de inclusiecriteria van de beoogde patiëntengroep. Ook werden de huisartsen geïnstrueerd hoe met het pakket vragenlijsten om te gaan. Men kreeg bij de introductie van het onderzoek direct het materiaal voor de insluiting van

PLASKLACHTEN !

Welke mannen in het onderzoek?

- 50 jaar en ouder.
 - Zonder cognitieve of visuele handicap.
 - Voor het eerst op het spreekuur.
 - Voor het eerst een visite.
- (D.w.z. in de afgelopen 2 jaar voor deze klachten geen reden voor consult / visite.)

Welke klachten in het onderzoek?

- Alle symptomen / klachten over urine, blaas en prostaat. Zoals: pijn bij plassen, frequente aandrang, incontinentie, hematurie en ontstekingen.
- Tevens: angst / onzekerheid over miktie-veranderingen en kanker van de urinewegen / prostaat.

Welke actie volgt?

- Enthousiast vragen om mee te doen!
- Geef na consult / visite pakket vragenlijst mee.
- Vul dezelfde dag het huisarts-formulier in.
- Verzend het formulier via het retour-enveloppe z.s.m.

NB.: Denk ook bij visite-aanvraag aan deelname aan het onderzoek bij passend profiel!

Figuur 2.1

Het bureaukaartje voor de huisarts met de inclusiecriteria.

twee patiënten en kreeg van het onderzoeksteam bij iedere teruggestuurde vragenlijst een vragenlijstpakket toegestuurd voor een volgende patiënt. Tevens werd een standaardje met een samenvatting van de inclusiecriteria op A5-formaat aan iedere huisarts gegeven om op het spreekuur-bureau te plaatsen als ruggeleuning (zie figuur 2.1).

Gedurende de gehele onderzoeksperiode werd ondersteuning aan het huisartsennetwerk gegeven middels vier nieuwsbrieven (zie bijlage II: Nieuwsbrief no 1) met informatie over de stand van zaken van het onderzoek, het aantal ingesloten patiënten en het aantal dat nog moest worden geselecteerd.

Tevens werd éénmaal een kleine attentie op de praktijkadressen van de deelnemende huisartsen afgeleverd door leden van het onderzoeksteam (een flesje Chateau d'Urine).

2.3.2 Resultaten

Aan 71 huisartsen werd gevraagd om te participeren in het onderzoek. Twee (manlijke) huisartsen lieten achteraf weten af te zien van deelname op grond van ziekte/praktijkbeëindiging en een te druk bezette agenda. Zo gaven 69 huisartsen gehoor aan het verzoek te participeren en patiënten voor het onderzoek te includeren. Uiteindelijk selecteerden 55 huisartsen de patiënten van de komer-groep. De 14 huisartsen die geen patiënten insloten (20%), lieten weten dat er geen patiënten op het spreekuur waren geweest die voldeden aan de inclusiecriteria.

De 69 deelnemende huisartsen waren werkzaam in solopraktijken (36), duopraktijken (17) en groepspraktijken (16).

In tabel 1 wordt de indeling getoond naar praktijkvorm en geslacht van

Tabel 1 De verdeling van de participerende huisartsen naar praktijkvorm en geslacht (n=69).

	Aantal	Percentage
Solopraktijk	36	52%
Duopraktijk	17	25%
Groepspraktijk	16	23%
Vrouw	17	25%
Man	52	75%

de participerende huisartsen; in tabel 2 wordt een overzicht gegeven van de huisartsen die géén patiënten insloten.

Tabel 2 De verdeling van de participerende huisartsen die géén patiënten insloten naar praktijkvorm en geslacht (n=14).

	Aantal	Percentage
Solopraktijk	3	21%
Duopraktijk	4	29%
Groepspraktijk	7	50%
Vrouw	4	29%
Man	10	71%

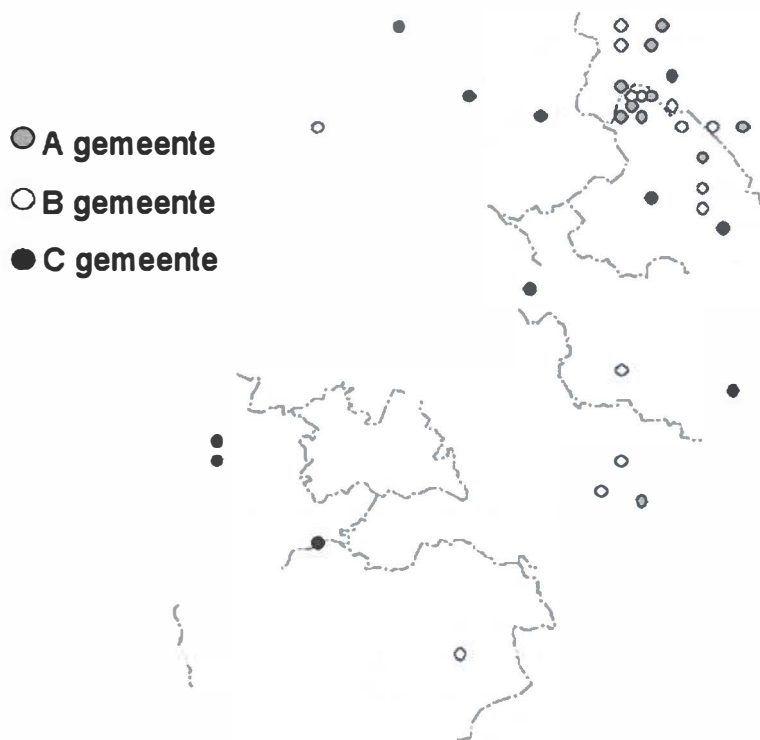
De praktijken van de participerende huisartsen bevonden zich op het platteland (11), op het zogenaamde verstedelijkt platteland (12) en in grotere gemeenten/steden (10) verspreid over Nederland, maar vooral geconcentreerd in Drenthe, Groningen en Friesland.

De richtlijn van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) was leidraad voor een indeling in A-gemeente (platteland), B-gemeente (verstedelijkt platteland) en C-gemeente (grotere stad/gemeente)².

Zie tabel 3 voor de indeling van de huisartspraktijken naar omvang van de gemeente en het aantal daarin werkzame huisartsen en figuur 2.2 voor de geografische ligging van de deelnemende praktijken.

Tabel 3 De deelnemende huisartspraktijken (n=33) met de daarin werkzame huisartsen (n=69) naar omvang van de gemeente van vestiging.

	Aantal praktijken	Aantal huisartsen
A-gemeente	11	16
B-gemeente	12	30
C-gemeente	10	23
Totaal	33	69



Figuur 2.2

De geografische ligging van de participerende huisartspraktijken ($n=33$) naar indeling van de gemeentegrootte.

2.4 De komer-groep – de selectie van patiënten

2.4.1 Methode

De selectie van patiënten vond plaats door 55 huisartsen in de periode 10 januari tot 12 december 2000. Aan manlijke patiënten die zich met plasklachten bij de huisarts presenteerden, werd gevraagd om op vrijwillige basis mee te doen met een onderzoek naar plasklachten.

De huisarts vroeg hen hiervoor toestemming. Indien accoord, kregen zij schriftelijke informatie mee over het onderzoek én de eerste vragenlijst (vragenlijst 1.1) met het verzoek deze op te sturen naar de onderzoeker. Zij kregen op deze wijze informatie over de aard en de opzet van het onderzoek en de waarborg voor anonieme verwerking van hun gegevens. Door het insturen van deze vragenlijst, gaven zij hun toestemming om aan het onderzoek mee te doen.

Zij werden op deze manier als patiënten van de komer-groep ingesloten door de deelnemende huisartsen. Ingesloten voor het onderzoek werden mannen:

- die 50 jaar of ouder waren
- die het spreekuur van de huisarts bezochten of een visiteaanvraag deden wegens klachten betreffende de urinewegen, blaas of prostaat (ICPC-code U01 t/m U13 en/of Y01 t/m Y06) en/of met klachten van angst voor kanker van de urinewegen, blaas, prostaat (ICPC-code U26, U27, Y26 en Y27).
- die de voorafgaande twee jaren de huisarts of praktijkassistente niet had geraadpleegd voor bovengenoemde klachten, waarbij raadplegen staat voor een contact dat tot een notitie heeft geleid op de patiëntenkaart of in het journaalscherf (notitiepagina) van de computer.

Uitgesloten voor het onderzoek werden mannen:

- die jonger dan 50 jaar waren.
- met volgens de huisarts een cognitieve en/of visuele handicap waardoor het zelfstandig invullen van de vragenlijsten niet uitvoerbaar was.
- met volgens de huisarts een zodanige psychiatrische stoornis waardoor het zelfstandig invullen van de vragenlijsten niet uitvoerbaar was.
- in een terminaal ziekbed.

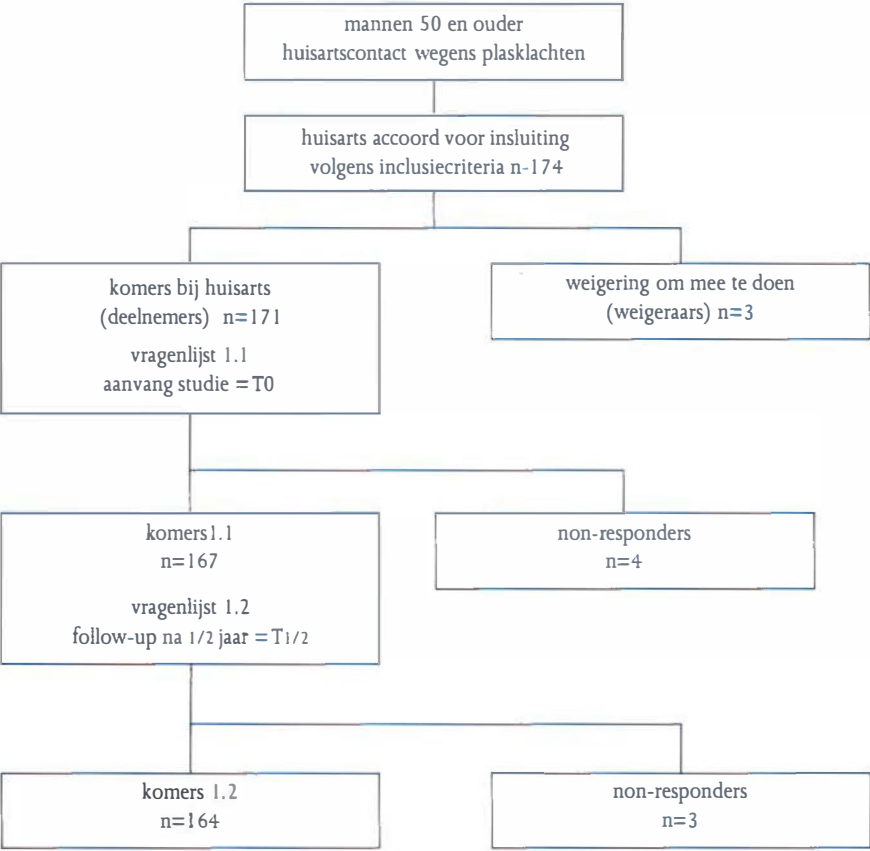
2.4.2 Resultaten

Volgens de inclusiecriteria sloten de deelnemende huisartsen 174 patiënten in. Van hen weigerden 3 mannen mee te doen met de studie. Zo werden 171 mannen als deelnemer in de studie ingesloten. Aan hen werd gevraagd

vragenlijst 1.1 (zie paragraaf 2.7) in te vullen en te retourneren. Van 4 mannen (2%) werd geen respons verkregen en van 167 mannen werd wel antwoord terug ontvangen. Zij werden ingesloten als komer in de onderzoeksgroep.

Als follow-up werd na een half jaar vragenlijst 1.2 (zie paragraaf 4.6) verzonden. Hierop repondeerden 164 mannen en 3 mannen gaven hierop geen respons.

In figuur 2.2 wordt het schema van de insluiting van de komers getoond.



Figuur 2.2 Het schema van insluiting van de komers.

De niet-komer groep – de selectie van de huisartsen

Methode

De selectie van de huisartsen voor de samenstelling van de niet-komer groep vond plaats op basis van hun bereidheid om tijd en moeite te investeren in het onderzoek én het feit dat binnen hun praktijken gebruik werd gemaakt van geautomatiseerde gegevensverwerking in een kwalitatief hoogwaardig Electronisch Medisch Dossier (EMD), waarbij de huisarts ervaring had met het gebruik van de module voor selectie van patiëntgegevens.

2.5.2 Resultaten

De tien huisartsen die werden geselecteerd, waren reeds betrokken bij het onderzoek door hun participatie bij het selecteren van patiënten in de komer-groep. Hun praktijken waren gevestigd in Franeker, Grootegast, Eelde/Paterswolde, Roden en Leek.

Van de deelnemende huisartsen waren er twee van hen werkzaam in een solopraktijk, één in een duopraktijk en zeven in een groepspraktijk. De twee solopraktijken bevonden zich in Groningen en Drenthe op het verstedelijkt platteland. De duopraktijk was gevestigd op het Friese verstedelijkt platteland en de twee groepspraktijken bevonden zich in Drenthe en Groningen op het verstedelijkt platteland.

De niet-komer groep – de selectie van patiënten

2.6.1 Methode

De selectie van de niet-komers, bedoeld als controlegroep, vond plaats via selectie uit het geautomatiseerde patiëntenbestand van de 10 hierboven genoemde huisartsen in de periode september 2000 t/m februari 2001.

Ingesloten voor het onderzoek werden mannen:

- die 50 jaar of ouder waren.
- bij wie de afgelopen twee jaar geen sprake was van spreekuurbezoek, visite, telefonisch consult en/of receptverstrekking door huisarts of assistente met klachten van urine, blaas, prostaat (ICPC-code U01 t/m U13 en/ of Y 01 t/m Y 06) en/of met klachten van angst voor kanker van de urinewegen/prostaat of andere ziekte van de urinewegen/prostaat (ICPC-code U26, U27, Y26 en Y 27).

Uitgesloten voor het onderzoek werden mannen

- die jonger dan 50 jaar waren.
- met volgens de huisarts een cognitieve en/of visuele handicap waardoor het zelfstandig invullen van de vragenlijsten niet uitvoerbaar was.
- met volgens de huisarts een zodanige psychiatrische stoornis waardoor het zelfstandig invullen van de vragenlijsten niet uitvoerbaar was.
- in een terminaal ziekbed.

De selectie van de niet-komers werd in 3 stappen geëffectueerd.

Stap 1 betrof de selectie van de totale niet-komergroep: in één huisartsenpraktijk werden via een directe wijze de deelnemers voor de controlegroep geselecteerd door rechtstreekse uitvraag van de ICPC-codering van de in- en exclusiecriteria in het EMD.

Een voorwaarde hiervoor bleek het feit dat in deze huisartsenpraktijk routinematig óók de reden van komst (de “S” in het episodegericht registreren, zie Hoofdstuk 2) door huisarts en praktijkassistente werd geregistreerd en niet alleen de vaker gebruikte methode van het uitsluitend registreren van de “E”, de (werk) diagnose.

In de vier andere huisartsenpraktijken, waar de reden van komst niet standaard werd gecodeerd, werd op indirecte wijze geselecteerd door eerst via een selectieprogramma een groep mannen uit de juiste leeftijdsgroep te selecteren. Daarna werd hieruit de groep gekozen die wél met plasklachten en/of angst voor kanker van de urinewegen/prostaat de afgelopen twee jaar bij de huisarts waren geweest of een advies of recept hadden gekregen voor deze klachten via de assistente.

Ingevoerd werd de letterlijke tekst van vragen die de huisarts gewoonlijk stelde bij zijn of haar anamnese van het consult bij de man met plasklachten en/of van bewoordingen die de patiënt zou kunnen uiten tijdens het consult over zijn (angst voor) plasklachten.

Binnen deze praktijken was men gewend ieder consult in het journaalscherm vast te leggen. Het journaalscherm is de notitiepagina waar het consult in de computer wordt vastgelegd. Zo werd geselecteerd op “nadruppelen”, “bloedplassen”, “prostaatkanker”, “nycturie”, “aandrang” als voorbeeld van vaak gebruikte vragen bij de anamnese bij plasklachten en op “trimethoprim”, “co-trimoxazol” als voorbeeld van vaak gebruikte medicatie voor urineweginfecties in de huisartsenpraktijk.

De totale niet-komer groep ontstond nu door uit de eerder geselecteerde leeftijdsgroep de groep mannen die wél het spreekuur de afgelopen twee jaar hadden bezocht met plasklachten, te verwijderen. Dit gebeurde óf

via de programmatuur van het Huisarts Informatie Systeem (HIS) óf handmatig door controle via print-uitdraai.

Tenslotte werden door de eigen huisarts de overige exclusiecriteria op deze groep toegepast.

Stap 2 betrof de definitieve selectie van de *niet-komer* voor insluiting in het onderzoek.

De mannen uit de totale *niet-komer* populatie werden door de eigen huisarts aangeschreven en gevraagd mee te willen doen met het onderzoek naar plasklachten. Als bijlage van deze brief ging informatie mee over doel en opzet van het onderzoek en uitleg over de wijze van gegevensverwerking en de waarborg voor anonimiteit bij verwerking van de gegevens. Ook werd men geïnformeerd dat door het inzenden van de bijgevoegde plasklachtenlijst (vragenlijst 2.0) men aangaf mee te willen doen en geen bezwaar had tegen het beschikbaar stellen van gegevens voor het onderzoek.

Stap 3 betrof de matching van de *niet-komer* met de *komer*: de uitkomsten van vragenlijst 2.0 van de *niet-komers* werden vergeleken met de uitkomsten van de vragenlijst van de *komers* (vragenlijst 1.1). Via die vragenlijst was de klachtenscore reeds verwerkt in een matrix van 4 groepen, ingedeeld naar ernst en hinder. In iedere subgroep was het aantal *komers* bekend. Er werd gestreefd naar eenzelfde numerieke verdeling over de scores van ernst en hinder bij de insluiting van de *niet-komers* en op die manier ontstonden twee op ernst en hinder gematchte groepen, die na analyse goed vergelijkbaar bleken op het niveau van klachten.

In de praktische uitvoering van het selectieproces werd de klachtenscore van de responderende *niet-komer* bepaald, waarna werd besloten tot al dan niet insluiting, gebruik makend van de eerder genoemde matrix. Werd de *niet-komer* niet ingesloten, dan werd een bericht gestuurd dat de klachten geen aanleiding gaven tot verder bestuderen van het beloop. Indien de *komer* werd ingesloten, dan volgde een brief met het verzoek om vragenlijst 2.1 na invulling retour te zenden.

2.6.2 Resultaten

Voor de vorming van de controlegroep *niet-komers* werden 3569 mannen geselecteerd uit de deelnemende huisartspraktijken die voldeden aan de inclusiecriteria. Aan hen werd vragenlijst 2.0 (zie paragraaf 4.6) gestuurd met het verzoek deze lijst in te vullen en terug te sturen. Hierop responderden 2339 mannen (66%) en van 1230 mannen (34%) werd geen antwoord ontvangen.

De responderende niet-komers werden “gematcht” met de komers met betrekking tot 2 dimensies van hun plasklachten, namelijk de ernst en hinder die zij van hun mictieproblemen ondervonden.

Op grond van hun profiel werden 184 mannen voor de matching geselecteerd. Van hen gaven 22 mannen (12%) geen gehoor aan de uitnodiging om te participeren in de studie.

Op deze wijze werden 162 mannen, die vergelijkbaar waren in de score van ernst en hinder met de komers op tijdstip T0, als niet-komer geselecteerd. De verantwoording van de matching wordt getoond in tabel 4 en tabel 5.

Gecontroleerd met de Chi-kwadraat toets, wordt geen significant verschillende verdeling van patiënten over de categorieën van ernst en hinder van de twee groepen gezien.

Tabel 4 De verdeling van de ernst van de klachten over de groep komers (n=167) en niet-komers (n=162).

Ernst van de klachten	Komer		Niet-komer	
	aantal	Percentage	aantal	Percentage
0 t/m 8	43	26%	54	33%
9 t/m 13	40	24%	43	27%
14 t/m 21	50	30%	34	21%
22 t/m 35	34	20%	31	19%

Chi-kwadraat toets: $p=0,22$

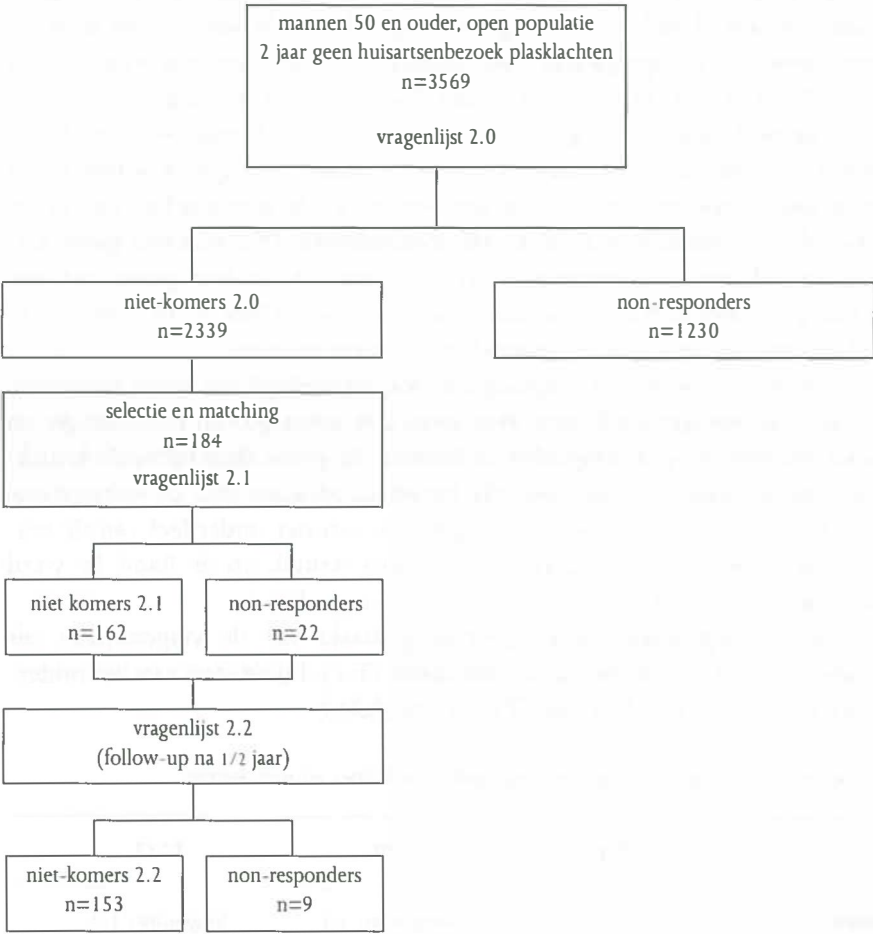
Tabel 5 De verdeling van de hinder van de klachten over de groep komers (n=167) en niet-komers (n=162).

Ernst van de klachten	Komer		Niet-komer	
	aantal	Percentage	aantal	Percentage
7 t/m 14	55	33%	56	35%
15 t/m 18	46	28%	47	29%
19 t/m 22	48	29%	34	21%
22 t/m 28	18	11%	25	15%

Chi-kwadraat toets: $p=0,32$

Van de geselecteerde niet-komers, consulteerden 19 (11%) toch nog met plasklachten de huisarts gedurende de onderzoeksperiode van een half jaar. Zij worden in het onderzoek wel vervolgd en beschreven in Hoofdstuk 6 (De niet-komers), 7 (Het beloop van de klachten) en 8 (Het verschil in beloop tussen niet-komer en komer), maar niet betrokken bij de analyse. Gekozen is om hen, naar de wijze waarop zij zich tijdens de onderzoeksperiode presenteerden, te benoemen als *tóch-komers*: Uiteindelijk werden 143 echte niet-komers ingesloten.

Als follow-up werd aan de niet-komers na een half jaar vragenlijst 2.2 (zie paragraaf 4.6) toegezonden .Van hen repondeerden 134 mannen (97%).



Figuur 2.3 Het schema van insluiting van de niet-komers groep.

Van de niet-respondenten waren 2 mannen overleden en 7 mannen gaven zonder opgaaf van reden geen antwoord, ook niet na een tweede verzoek om de vragenlijst in te sturen.

In figuur 2.3 wordt het schema van de insluiting van de niet-komers getoond.

2.7 Vragenlijsten

2.7.1 Inleiding

Ter beoordeling van de validiteit en “construct-consistency” van de vragenlijsten werd aan zeven mannen uit de eigen praktijk gevraagd de vragenlijsten te beoordelen. Zij werden geselecteerd op grond van hun leeftijd (allen 50 jaar of ouder), ervaring met vragenlijst-onderzoek (1) en ervaring met toetsing op begrijpelijke patiëntentaal (1). Drie van hen waren ouder dan 75 jaar (resp. 81, 76 en 75 jaar). Speciaal werd gevraagd te letten op leesbaarheid, ook met oog op eventuele, bij voortschrijdende leeftijd passende, visusklachten. Gevraagd werd of de lijsten begrijpelijk waren en of men moeite had met invullen of aankruisen van de antwoorden. Zij vulden allen de vragenlijsten in als normale respondenten. Drie mannen gaven kritiek op inhoud en vormgeving van de vragen. De oudere groep had met name geen moeite met het invullen van de antwoordhokjes; de vragen over seksualiteit werden niet als storend of te intiem ervaren.

Vervolgens werden de vragenlijsten ook voorgelegd aan zeven huisartsen uit de waarneemgroep Roden. Hen werd ook gevraagd om inhoudelijke en tekstuele kritiek op de vragenlijst te leveren. Zij gaven allen tekstuele kritiek, vier van hen gaven ook inhoudelijke kritiek en adviezen over de vormgeving.

De verzamelde reacties werden gebruikt om per onderdeel van de vragenlijst correcties aan te brengen. Eventuele kritiek op de Rand-36 werd verworpen aangezien dit een gevalideerde vragenlijst is.

Op drie tijdstippen werd gebruik gemaakt van de vragenlijsten: als onderdeel van de selectie van de niet-komer (T-1), bij de start van het onderzoek (T0) en na een half jaar (T1/2) (zie tabel 6).

Tabel 6 De vragenlijst van het onderzoek voor komer en niet-komer.

	T-1	T0	T1/2
Komer		Vragenlijst 1.1	Vragenlijst 1.2
Huisarts		Selectieformulier	Halfjaarsformulier
Niet-komer	Vragenlijst 2.0	Vragenlijst 2.1	Vragenlijst 2.2

2.7.2 Vragenlijsten komer

Vragenlijst 1.1. (T0)

De vragenlijst die werd gebruikt bij de selectie van de komers bestond uit 12 onderdelen en werd benoemd als vragenlijst 1.1 (zie Bijlage III: vragenlijst 1.1).

Per onderdeel zijn de volgende vragenlijsten gebruikt :

1. Plasklachten: de International Prostate Symptom Score (IPSS)³.
De IPSS is een internationaal erkende en gevalideerde vragenlijst voor het meten van zeven symptomen van plasklachten (ernst) gemeten in een 6-puntsschaal van géén tot altijd aanwezige symptomen. In de 8^e (slot)vraag wordt gevraagd op een 6-puntsschaal (variërend van géén tot altijd) een score over kwaliteit van leven bij plasklachten aan te geven. Voor dit onderzoek werd de IPSS aangepast en werd per symptoomvraag over de mate van ernst één vraag toegevoegd in een 4-puntsschaal over de hinder die men van het betreffende symptoom ondervindt. (1. niet van toepassing, 2. géén probleem, 3. gering probleem, 4. behoorlijk probleem). De 8^e (slot)vraag van de IPSS werd weggelaten en vervangen door een uitgebreidere vragenlijst over “Quality of Life” en beperking door plasklachten (zie 8).
Zo ontstond een gemodificeerde IPSS-vragenlijst met 7 vragen over de ernst van de klachten gecombineerd met 7 vragen over de mate van hinder per klachtenscore.
2. Plasklachten en kwaliteit van leven:
Dit is een 4-punts vragenlijst over zorg over en hinder van de eventuele aanwezige plasklachten⁴.
3. Voor het inschatten van het gemak waarmee iemand een beroep doet op de gezondheidszorg, werd gebruik gemaakt van een 9-punts vragenlijst over de ervaren noodzaak van doktersbezoek bij een aantal algemene kwalen⁶.
4. Relatie roken en goedaardige prostaatvergroting (BPH): een vragenlijst over rookgedrag⁶.
5. Eigen perceptie van klachten :
Dit is een 4-punts vragenlijst over de eigen mening over prostaatklachten en eventuele hinder en de mening t.a.v. een eventuele prostaatoperatie⁶.
6. Invloed van omgevingsfactoren bij het hebben van plasklachten
Dit is een 5-punts vragenlijst over plasklachten en de reactie daarop van de omgeving zoals de partner, familieleden en/of vrienden⁶.
7. Zorg over plasklachten en angst voor kanker:

Dit is een 3-punts vragenlijst over zorg over de eigen plasklachten en eventuele angst voor prostaatkanker⁶.

8. Plasklachten en kwaliteit van leven: de Benign Prostatic Hypertrophy-specific Health Related Quality of Life Questionnaire (QoL-9). Dit is een 9-punts vragenlijst over beïnvloeding van kwaliteit van leven door plasklachten, gemeten via een Visueel Analoge Schaal (VAS). Er worden drie domeinen onderscheiden met elk drie vragen. Drie vragen hebben betrekking op de invloed van plasklachten op dagelijkse activiteiten (QoL-fysiek), drie vragen op beperking in mentaal opzicht door plasklachten (QoL-mentaal) en drie vragen met betrekking tot seksualiteit en plasklachten (QoL-seksueel)⁵.
9. Algemene gezondheidstoestand: de Rand-36.
Deze vragenlijst, opgebouwd uit 36 items, meet in vier hoofddimensies (functionele status, welzijn, algemene gezondheidsevaluatie en gezondheidswijziging) de algemene gezondheidstoestand⁶. De Rand-36 is vanuit het Amerikaans vertaald naar het Nederlands⁷ en gevalideerd voor de Nederlandse bevolking⁸. Er zijn acht sub-schalen: fysiek functioneren, sociaal functioneren, rolbeperking fysiek probleem, rolbeperking emotioneel probleem, mentale gezondheid, vitaliteit, pijn en algemene gezondheidsbeleving. Iedere sub-schaal wordt gecodeerd, opgeteld en getransformeerd naar een schaal van 0 (slechtste gezondheidstoestand) tot 100 (beste gezondheidstoestand).
10. Eigen hulpvraag/reden van komst:
Dit is een open vraag over de reden van komst op het spreekuur.
11. Sociaal Economische Status (SES):
Bepaling van de SES geschiedde op grond van opleidingsniveau en beroep. Gevraagd wordt naar de hoogste opleiding die werd voltooid en het laatste beroep dat is uitgeoefend. Onderscheiden worden 7 niveau's van opleiding (indeling via Unesco-schaal)⁹.
12. Nationaliteit:
een vraag naar het land van geboorte.

Vragenlijst 1.2 (T1/2)

De vragenlijst welke na een half jaar werd verstuurd naar komers werd samengesteld uit de volgende onderdelen van vragenlijst 1.1 en aangepast als meetinstrument voor een halfjaarsmeting. De vragenlijst werd in het onderzoek aangeduid als vragenlijst 1.2 en is opgebouwd uit de volgende onderdelen:

1. Plasklachten: de gemodificeerde International Prostate Symptom Score (IPSS).

2. Plasklachten en kwaliteit van leven.
3. Eigen perceptie van klachten.
4. Invloed van omgevingsfactoren bij het hebben van plasklachten.
5. Zorg over plasklachten en angst voor kanker.
6. Plasklachten en kwaliteit van leven: de Benign Prostatic Hypertrophy-specific Health Related Quality of Live Questionnaire (QoL-9).
7. Algemene gezondheidstoestand: de Rand-36.
8. Beloop van de klachten vanuit de perceptie van de patiënt: een open vraag hoe het met de klachten is verlopen.

Selectieformulier van de huisarts (T0)

Aan de deelnemende huisarts werd schriftelijke informatie gevraagd bij de insluiting van de patiënt. De volgende onderdelen werden voor beantwoording vermeld op de vragenlijst welke in het onderzoek is benoemd als *selectieformulier* (zie bijlage IV):

1. Datum van spreekuurbezoek en type contact (consult/visite).
2. Reden van komst/contactreden in woorden patiënt.
3. Welk onderzoek werd gedaan: 1. geen, 2. (klein) lichamelijk onderzoek, 3. rectaal onderzoek, 4. urineonderzoek, 5. bloedonderzoek, 6. overig onderzoek met eventuele specificatie.
4. Evaluatie/werkdiagnose gesteld bij het eerste contact.
5. Plan/actie: 1. geen verdere actie; einde episode, 2. geruststelling, 3. adviezen, 4. terugkomen afhankelijk beloop; actie patiënt, 5. terugkomen afhankelijk beloop: actie huisarts, 6. medicatie, met eventuele specificatie, 7. verwijzing met eventuele specificatie, 8. anders, met eventuele specificatie.
6. Gevraagd werd om mondeling uitleg te geven over het onderzoek en toestemming te vragen om mee te doen.
7. Reden van huisarts of patiënt om met het onderzoek niet mee te doen.
8. Indien patiënt meedeed met het onderzoek: aanwezigheid van co-morbiditeit en onderhoudsmedicatie.
9. Naam en adres van de ingesloten patiënt.

Halfjaarslijst van de huisarts (T1/2)

Aan de deelnemende huisarts werd een halfjaar na insluiting van de betreffende patiënt schriftelijke informatie gevraagd, deze vragenlijst werd de *halfjaarslijst* genoemd en bestaat uit de volgende onderdelen (zie bijlage V):

1. De datum van het eerste consult met werkdiagnose welke toen werd gesteld (reeds ingevuld door het onderzoekscentrum).

2. Het verzoek om gegevens van het onderzoek (vraag 3 selectieformulier) in te vullen.
3. Bevestiging van het antwoord op vraag 5 (plan/actie) van het selectieformulier;
4. Bij verandering van werkdiagnose: specificatie van einddiagnose.
5. Bij verandering van plan/actie: specificatie nieuw beleid.
6. Bij vervolggconsulten: aantal en specificatie van veranderingen in onderzoek en beleid.

2.7.3 Vragenlijsten niet-komers

In principe werd gebruik gemaakt van alle onderdelen van vragenlijst 1.0, welke werden aangepast als meetinstrument naar het design van de selectie van de niet-komer.

Vragenlijst 2.0 van de niet-komer (T-1)

Aan alle geselecteerden werd een vragenlijst verzonden welke alléén bestond uit onderdeel 1 (de gemodificeerde IPSS vragenlijst) van vragenlijst 1.1.

Deze vragenlijst wordt in het onderzoek vragenlijst 2.0 genoemd.

Vragenlijst 2.1 (T0)

Aan alle mannen uit de steekproef van respondenten werden vervolgens de andere onderdelen van vragenlijst 1.1 verzonden. Daarbij werd de open vraag naar de reden van komst (onderdeel 10) veranderd in de vraag naar de reden waarom men de afgelopen 2 jaar níet met klachten of hinder van plassen naar de huisarts was gegaan. Deze vragenlijst wordt benoemd in de studie als vragenlijst 2.1 .

Vragenlijst 2.2 (T1/2)

Deze werd in het onderzoek aangegeven onder de naam vragenlijst 2.2 en bestond uit de volgende onderdelen :

1. Plasklachten: de gemodificeerde International Prostate Symptom Score (IPSS)
2. Reactie op vragenlijst 2.1: ging de niet-komer in de onderzoeksperiode naar de huisarts en was de vragenlijst hiertoe een aanleiding ?
3. Plasklachten en kwaliteit van leven: de Benign Prostatic Hypertrophy-specific Health Related Quality of Life Questionnaire (QoL 9).

2.8 Codering van de onderzoeksdata

Bij codering van de gegevens die de huisartsen aanleverden is gebruik gemaakt van het coderingssysteem van de International Classification of Primary Care (ICPC) volgens de versie NHG-ICPC – mei 1995 ¹⁰.

De ICPC is een twee-assig classificatiesysteem, dat uit 17 hoofdstukken en zeven componenten bestaat. Van de hoofdstukken hebben er 14 betrekking op een orgaan of een orgaansysteem. De drie andere hoofdstukken betreffen problemen die niet in de orgaansystemen zijn onder te brengen: hoofdstuk A, “Algemeen en niet nader gespecificeerd”, hoofdstuk P, “Psychische problemen” en hoofdstuk Z, “Sociale problemen”. De componenten geven de aard van het hulpverleningsproces weer.

Component 1 bestaat uit symptomen en klachten, meestal de reden om naar de huisarts te gaan; in component 7 zijn diagnoses en ziektes ondergebracht. Component 1 is te beschouwen als het niveau van de patiënt, component 7 als het niveau van de arts.

De componenten 2 t/m 6 hebben betrekking op het diagnostisch en therapeutisch handelen van de huisarts. Alle symptomen, klachten, diagnoses en interventies worden gecodeerd door middel van een hoofdletter en twee cijfers. De hoofdletter heeft betrekking op het hoofdstuk, de cijfers op de component.

Bijvoorbeeld: klachten van frequent en pijnlijk plassen worden geregistreerd onder hoofdstuk U (urinelwegen) onder component 1 (symptomen en klachten); een urineonderzoek bij deze klachten wordt geregistreerd in hetzelfde hoofdstuk onder component 4 (testresultaten) en de diagnose urineweginfectie onder component 7 (diagnose, ziekte).

Er werd voor gekozen om in component 1 (reden van komst naar de huisarts) de codering te verfijnen en onder code U05 (andere mictieproblemen) een aantal codes toe te voegen om meer aan te sluiten bij de anamnestiche gegevens die de patient in het consult naar voren bracht. Deze subcodes waren:

- U05.4 Tragere straal (hesitatie)
- U05.5 Gevoel niet leeg te plassen (retentiegevoel)
- U05.6 Nadruppelen
- U05.7 Slappe straal
- U05.8 Heftige aandrang/imperatieve drang

De namen van de medicijnen werden gecodeerd door de onderzoeker volgens het Anatomical Therapeutic Chemical classification system (ATC systeem) ¹¹.

Dit systeem werd oorspronkelijk in Noorwegen ontwikkeld en in 1996 erkend door de Wereld Gezondheids Organisatie (WHO) als de internationale standaard voor de classificatie van geneesmiddelen. Geneesmiddelen worden hier ingedeeld in groepen op vijf verschillende niveaus. De geneesmiddelen zijn verdeeld in 14 hoofdgroepen (1^e niveau).

Het 2^e niveau geeft de therapeutische subgroep aan, het 3^e niveau de farmacologische subgroep, het 4^e de chemische subgroep en het 5^e niveau de chemische structuur van het betreffende middel.

Als voorbeeld in schema de classificatie van metformine, een middel dat gebruikt wordt bij de behandeling van diabetes type II, gecodeerd als A10BA02:

A = Maagdarm kanaal en metabolisme (1^e niveau), 10 = diabetesmiddelen (2^e niveau),

B = orale bloedglucose verlagende middelen (3^e niveau), A= biguaniden (4^e niveau)

02= metformine (5^e niveau).

2.7 Literatuur

- 1 Lasagna L. Problems in publication of clinical trial methodology. *Clin Pharmacol Ther* 1979; 25: 751-753.
- 2 Demografische kerncijfers per gemeente.CBS,Voorburg 2003.ISBN 90-35727-38 X.
- 3 Barry MJ,Fowler jr FT et al.The American Urological Association symptom index for benign prostatic hyperplasia.The Measurement Committee of the American Urological Association.*J.Urol* 1992; 148:1549-57.
- 4 Wolfs GMC.Obstructive micturation problems in elderly male,prevalence and diagnosis in general practice [Dissertatie].Maastricht: Rijksuniversiteit Maastricht, 1997.
- 5 Luckacs B,Comet D,Grange JC,Thibault P.Construction and validation of a short-form benign prostatic hypertrophy health-related quality-of-life questionnaire. BPH Group in General Practice.*Br J Urol.* 1997 Nov;80(5):722-30.
- 6 R.D. Hays and C.D. Sherbourne. *Rand 36-item health survey 1.0. Rand health sciences program*, RAND Corporation (Santa Monica) 1992.
- 7 Aaronson NK, Muller M, Cohen PD, Essink-Bot ML, Fekkes M, Sanderman R,Sprangers MA, te Velde A, Verrips E: Tranlation, validation and norming of the Dutch language version of the SF-36 Health Survey in community and chronic disease populations. *J. Clin Epidmiol* 51: 10055-68, 1998.
- 8 Zee vd Kl, Sanderman R, Heyink J,Haes de H,: The psychometric qualities of the Rand-36-item Health Survey 1.0: a multidimensional measure of general health status. *Int J. Behav Med* 3: 104-22, 1996.
- 9 Unesco (1976) *International Standard Classification of Education (ISCED)*. Unesco, Paris.
- 10 ICPC:international classification of primary care:short titles en Nederlandse subtitels/ J.J.Boersma,R.S.Gebel,H,Lamberts-Utrecht:Nederlands Huisartsengenootschap. ISBN 90-71714-31-4.
- 11 Guidelines for ATC classification en DDD assignment.WHO Collaborating Centre for Drugs Statistics Methodology;Oslo,Norway 2001 .ISBN 82-90312-32-6.

MANNEN MET PLASKLACHTEN IN DE HUIS-ARTSPRAKTIJK: DE LITERATUUR

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt in paragraaf 3.2 verslag gedaan van de literatuurstudie naar de prevalentie van plasklachten bij mannen. Vooraf aan deze prevalentiestudie wordt eerst beschreven hoe in de afgelopen decennia de naamgeving van mictieklachten bij mannen veranderde door voortschrijdend inzicht in de pathofysiologische achtergrond ervan (3.2.1). Daarna volgt een bespreking van de prevalentie van plasklachten bij mannen in de open populatie (3.2.2) en vervolgens van de gegevens van de prevalentie en incidentie van deze klachten binnen de huisartsenpraktijk (3.2.3).

In paragraaf 3.3 volgt de bespreking van de literatuurgegevens van het natuurlijk beloop van plasklachten. In de vierde paragraaf wordt nader ingegaan op achtegronden van hulpzoekend gedrag (3.4): de definities (3.4.1) en het begrip premedische fase (3.4.2).

In paragraaf 3.5 wordt weergegeven welke studies de presentatie van klachten van bemoeilijkte mictie aan de huisarts beschrijven (3.5.1) en op welke manier de huisarts reageert op de aangeboden klacht (3.5.2).

In paragraaf 3.6 wordt behandeld welke onderzoeksgegevens een beeld geven van het feit dat mensen met gezondheidsstoornissen niet een huisarts consulteren, het niet-consultatie fenomeen. Tenslotte wordt in paragraaf 3.7 gerapporteerd over de studiegegevens over de hinder van plasklachten en de beïnvloeding van seksualiteit: een verslag over het meten van hinder (3.7.1) en de relatie tussen plasklachten en seksualiteit (3.7.2).

Voor de verzameling van de benodigde data is gebruik gemaakt van een aantal bronnen.

1. In de eerste plaats werd een literatuur-search verricht naar artikelen gepubliceerd in de periode tussen 1970 en 2005 via het digitale zoekprogramma Medline, waarbij ondermeer de volgende kernwoorden zijn gebruikt: prevalence of BPH, natural history of BPH, urinary symptoms, LUTS en voiding problems in men.
2. De referentielijsten van de hieraan gerelateerde artikelen van deze search zijn als tweede bron gekozen.
3. In de derde plaats is gebruik gemaakt van een aantal dissertaties en leer-

boeken als expertbronnen over specifieke deelgebieden van de studie en de daarbij behorende bibliografieën. De uitgebreide referentielijst van de in 2004 herziene NHG-Standaard “Bemoeilijkte Mictie bij Oudere Mannen”¹ is ook een belangrijke bron van raadpleging geweest.

3.2 Het vóórkomen van plasklachten bij mannen

3.2.1 Definitie van het begrip plasklachten

Plasklachten bij mannen worden in de regel gezien als een typisch probleem van het ouder worden, waarvoor goedaardige celtoename en/of groei van de prostaat traditioneel verantwoordelijk wordt gehouden. Dit komt tot uiting in de naam prostatisme-klachten of alleen prostatisme.

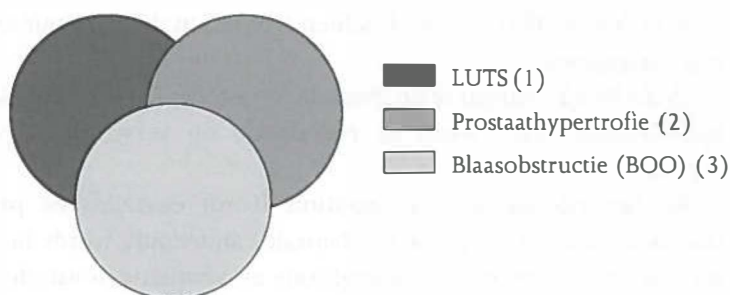
De histo-pathologische benaming BPH (Benigne Prostaat Hyperplasie) is lange tijd als afgeleide voor dit “prostaat-denken” als diagnose gebruikt en wordt nog steeds in International Classification of Primary Care (ICPC) gecodeerd als Benigne prostaathypertrofie (code Y85)².

Het gevolg van een bredere, meer multicausale kijk op de ontstaanswijze van klachten bij de mictie, worden symptomen nu verwoord in een andere naamgeving: Lower Urinary Tract Symptoms³ (LUTS), waarbij het anatomisch substraat voor de klachten niet direct wordt benoemd. Immers, ontwikkelingen in de geneeskunde maken duidelijk dat naast goedaardige prostaatvergroting ook andere factoren een rol spelen bij het krijgen van plasklachten zoals functiestoornissen van de blaas⁴.

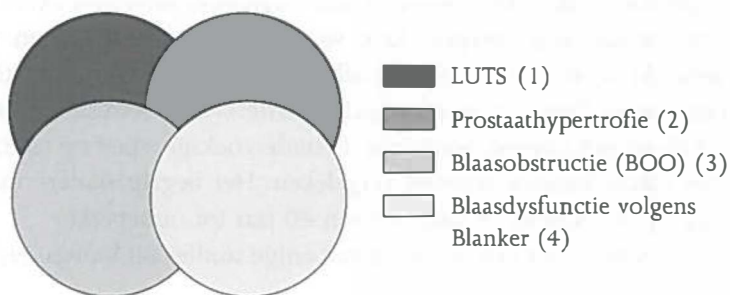
Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) hanteert in de door haar uitgegeven Standaard “Bemoeilijkte Mictie bij Oudere Mannen” de term bemoeilijkte mictie voor het klachtencomplex dat wordt beschreven als een verandering van de mictie die leidt tot klachten als het moeilijk op gang komen van de mictie, een zwakkere straal, nadruppelen, moeilijk te bedwingen aandrang, minder goed uitplassen en toegenomen mictiefrequentie overdag en 's nachts en wordt gezien als equivalent aan de in internationale literatuur gebezigde term LUTS. In deze richtlijn wordt de term benigne prostaathyperplasie gereserveerd voor histologische veranderingen van de prostaat en niet meer toegepast voor de beschrijving van de klinische diagnose bij klachten van een bemoeilijkte mictie. In dit onderzoek zal de term plasklachten gebruikt worden als synoniem voor klachten van mannen met een bemoeilijkte mictie en zal de term bemoeilijkte mictie gehanteerd worden als klinische diagnose die bij plasklachten wordt gesteld als bij rectaal toucher een normale of vergrote prostaat wordt gevoeld en er bij onderzoek van de urine geen bloed in de urine of tekenen van urineweginfectie

wordt gevonden. Zo gesteld, is deze term dan ook synoniem met de ICPC-codering Y85 “Benigne prostaathypertrofie”.

De wijze waarop plasklachten zich openbaren verschilt per individu. Een model om deze verschillen te verklaren, wordt beschreven door Haldv waar de drie belangrijkste kenmerken van de klinische presentatie van BPH en hun onderlinge overlap worden getoond. Het wordt zo duidelijk dat de relatie tussen symptomen (LUTS), prostaathypertrofie en blaasobstructie (ook wel benoemd als BOO – Bladder Outflow Obstruction) kan variëren en dat de kenmerken alléén, gepaard of gedriëen verantwoordelijk kunnen zijn voor het hebben van plasklachten (figuur 3.1). Het wordt dan ook inzichtelijk dat “echte BPH” gedefinieerd wordt als de combinatie van alle drie kenmerken tesamen: klachten, hyperplasie en obstructie. In een latere studie breidt Blanker het model van Hald uit met een vierde cirkel welke de rol van het kenmerk blaasdysfunctie aangeeft in het schematisch overzicht van de



Figuur 3.1 De relatie tussen LUTS (1), prostaathypertrofie (2) en blaasobstructie (BOO) (3) volgens Hald⁵.



Figuur 3.2 De relatie tussen LUTS (1), prostaathypertrofie (2), blaasobstructie (3) en blaasdysfunctie volgens Blanker⁴ (4).

oorzakelijke factoren van LUTS (figuur 3.2). Hiermee wordt het “blaas-denken” aan de ontstaanswijze van plasklachten toegevoegd.

Tenslotte is in de concepttekst Richtlijn “Diagnostiek en behandeling van LUTS/BPH” van de Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU) gekozen voor de term LUTS ten gevolge van BPH (LUTS/BPH) als aanduiding van mictieklachten die het gevolg zijn van (statische of dynamische) blaasuitgangobstructievi.

3.2.2 Prevalentie van plasklachten in de bevolking (open populatie)

Onder prevalentie verstaat men de proportie personen met een ziekte op een gegeven moment, waarbij dit begrip kan worden uitgedrukt voor één meetmoment (punt-prevalentie) of voor een bepaalde periode (periode-prevalentie)⁷. De prevalentiegegevens die zijn weergegeven in dit hoofdstuk hebben betrekking op metingen van de periode-prevalentie, uitgedrukt in het aantal mannen met plasklachten per 1000 per jaar.

Prevalentiecijfers van plasklachten worden in de literatuur niet gelijkvormig aangegeven.

Zoals Bosch⁸ aangaf is de reden hiervoor, dat bij afwezigheid van duidelijke definitie van ziekte, de prevalentie op verschillende wijze wordt bepaald.

Bij beoordeling van de literatuur wordt enerzijds de prevalentie op klachtenniveau in de populatie bepaald, anderzijds wordt het klachtenniveau in combinatie met prostaatgrootte en afwijkingen van de urinestroom als maat genomen. Verder zijn de onderzoekspopulaties soms verschillend: data worden verzameld zowel via een steekproef uit de open populatie of door selectie van een groep mannen uit de patiëntenpopulatie van een huisartsen-groepspraktijk, maar ook door een steekproef uit een geselecteerde populatie welke vaker meedeelde met vragenlijstonderzoek over de meest uiteenlopende onderwerpen. Ook worden verschillende typen vragenlijsten gebruikt waarbij criteria voor afkappunten niet altijd inzichtelijk worden beschreven. Tenslotte worden inclusiecriteria met betrekking tot leeftijd verschillend gehanteerd, waardoor de onderzoeksgroepen op leeftijd niet goed met elkaar kunnen worden vergeleken. Het begrip oudere mannen strekt zich op die manier in jaren uit van 40 jaar tot onbepaald.

Zie tabel 1 voor een overzicht van enige studies uit buiten- en binnenland.

Tabel 1 Overzicht van prevalentiestudies van plasklachten bij oudere mannen in buiten- en binnenland.

studie	onderzoeksgroep	methode	prevalentie	prevalentie per leeftijdsgroep
BRITTON e.a. -1990	huisartsenpopulatie van gezondheidscentrum Londen mannen, 60-85 jaar n=855	zelf ingevulde vragenlijsten 13 vragen over plasklachten Respons 68% (n=578)	18%	
GARRAWAY e.a. -1991	huisartsenpopulatie van gezondheidscentrum Bridge of Allan Schotland, 1991 mannen 40-79 jaar n=916	zelf ingevulde vragenlijsten model Fowler én prostaatgrootte >20 gram én/of een urine peak-flow <15ml/s respons 77% (n=705)	25%	40-49 jr. 13% 50-59 jr. 23% 60-69 jr. 42% 70-79 jr. 40%
McKELVIE e.a. -1993	huisartsenpopulatie van gezondheidscentrum Forth Valley Schotland mannen 40-79 jaar n=2497	zelf ingevulde vragenlijsten model "Fowler" bij score >10/48 e/o urineflow <15 ml/s of moeite plassen <150 ml respons 65.1% (n=1627)	25%	
CHUTE e.a. -1993	open populatie-steekproef Olmsted County Minnesota, U.S.A. mannen 40-79 jaar n=3854	zelf ingevulde vragenlijsten model A.U.A. respons 55% (n=2219)	18%	40-49 jr. 12% 50-59 jr. 17% 70-69 jr. 23% 70-79 jr. 29%
BOSCH e.a. -1994	open populatie-steekproef Rotterdam mannen 55-74 jaar n=1186	zelf ingevulde vragenlijst model IPSS respons 33-36%	30%	
WOLFS e.a. -1994	huisartsenpopulatie van 10 praktijken Maastricht mannen 55 jaar of ouder n=2734	zelf ingevulde vragenlijsten model "aangepaste Boyarsky" respons 64,3%	26%	55-64 jr. 16% 65-74 jr. 18% 75 jr. + > 20%
TRUEMAN e.a. -1999	gesel. populatie-steekproef UK mannen >50 jaar n=1500	zelf ingevulde vragenlijsten model IPSS bij score 8-35 respons 74% (n=1150)	41%	
SONKE e.a. -2000	open populatie-steekproef Boxmeer mannen 40-79 jaar n=1771	zelf ingevulde vragenlijsten model IPSS bij score 8-35 respons 70% (n=1233)	21%	40-49 jr. 10% 50-59 jr. 21% 60-69 jr. 33% 70-79 jr. 44%

BLANKER -2002	huisartsenpopulatie	zelf ingevulde vragenlijsten		
	alle praktijken	model IPSS		50-54 jr. 21% (12%)
	Krimpen a/d IJssel	bij score 8-35	25% (20%)	55-59 jr. 19% (15%)
	mannen 50-75 jaar			60-64 jr. 24% (23%)
	n=3398	respons 9,7% (n=1710)		65-69 jr. 31% (29%)
				70-78 jr. 37% (24%)
WOLTERS e.a. -2002	huisartsenpopulatie	zelf ingevulde vragenlijsten		
	14 praktijken	model IPSS		
	Oost Nederland	bij score 8-35	25%	
	mannen 50 jaar en ouder	respons 70,2% (n=3544)		
	n=5052			

De Engelse uroloog Britton⁹ deed in 1990 verslag van een onderzoek met een eigen, nog niet internationaal gevalideerde vragenlijst onder mannen boven de 60 jaar, die waren ingeschreven in een eerstelijnsgezondheidscentrum in Leeds. Hij kwam tot een prevalentiecijfer van 18%.

Garraway e.a.¹⁰ vonden onder mannen in een groepspraktijk in Schotland een prevalentiecijfer van ruim 25%; zij hanteerden als inclusiecriteria voor zijn "cases" de uitkomsten van het vragenlijstonderzoek en ook de prostaatgrootte en urine-flow beperking.

McKelvie e.a.¹¹ bevestigden in 1993 met een gelijkvormige onderzoeksopzet de getallen van Garraway.

Ook in de Verenigde Staten werd prevalentie-onderzoek gedaan en kwamen in 1993 Chute e.a.¹² met een prevalentiecijfer van 18% in een open populatiestudie (Olmsted County, Minnesota).

Zij gebruikten de American Urological Association (AUA) Symptom Index for BPH¹³, een gevalideerde vragenlijst naar plasklachten, die later de basis zou vormen voor de International Prostate Symptom Score (IPSS).

Trueman e.a.¹⁴ vonden, in een geselecteerde populatie mannen die vaker participeerden in vragenlijst-onderzoek met een hoge respons ratio, een prevalentiecijfer van 41%.

Tsukamoto e.a.¹⁵ beschreven internationale verschillen in prevalentie van plasklachten in de bevolking. Zij bepaalden in een studie in 1995 de prevalentie van plasklachten bij Japanse mannen en vergeleken de resultaten met gegevens van een gelijkvormige studie uit de V.S.

Per leeftijdsgroep (40-49 jr, 50-59 jr, 60-69 jr, 70 -79 jr) werden door de Japanse mannen meer klachten aangegeven.

Internationale verschillen in prevalentie zijn ook in een aantal andere studies onderzocht.

Guess e.a.¹⁶ vergelijken het voorkomen van plasklachten en de mate van beïnvloeding van kwaliteit van leven tussen Amerikaanse en Schotse mannen. Uit hun studie volgt als resultaat dat er door het cohort Amerikaanse

mannen uit Olmsted County (Minnesota), beoordeeld volgens de gangbare indeling van ernst in drie groepen (geen tot lichte klachten, matige klachten en ernstige klachten), in elk van de drie groepen meer ernst werd aangegeven dan door het Schotse cohort mannen uit Forth Valley (Schotland). De mate waarmee de klachten de domeinen van kwaliteit van leven beïnvloedden, was echter tussen deze twee bevolkingsgroepen gelijk; dit gold voor alle drie de klachtencategorieën.

Sangier e.a.¹⁷ vonden prevalentieverschillen tussen Schotland (Forth Valley), Frankrijk, Amerika (Olmsted County) en Japan. Berekend op basis van de IPSS-score > 7 punten (matige en ernstige klachten) bedroeg in deze studie de prevalentie 14%, 18%, 38% en 56% voor respectievelijk Frankrijk, Schotland, Amerika en Japan. Cultuurverschillen tussen de bevolkingsgroepen in de beleving van de klachten én de bereidheid deze te rapporteren, worden door de onderzoekers verantwoordelijk gehouden voor de gevonden verschillen.

In Nederland werd in 1994 voor het eerst gerapporteerd over prevalentie van plasklachten.

Bosch e.a.⁷ rapporteerden in een open populatie in Rotterdam een prevalentiecijfer van 30% waarbij een lage respons van de aangeschreven mannen opvalt (33-36%). In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van afkappunten van de IPSS waarbij de internationale indeling wordt gehanteerd naar ernst van de klachten op een schaal van 0-35: geen-licht (0-7), matig (8-19) en ernstig (20-35). De prevalentie wordt bepaald in de groep matig en slecht, bij Bosch respectievelijk 24% (matig) en 6% (slecht).

Het eerste onderzoek binnen huisartspraktijken wordt, ook in 1994, beschreven door Wolfs e.a.¹⁸.

Het belang van de studie (verricht binnen 12 huisartspraktijken in Maastricht) is gelegen in het feit dat naast het meten van prevalentie van plasklachten binnen een Nederlandse eerstelijns populatie, ook resultaten worden getoond over doktersbezoek met plasklachten in de vijf jaren voorafgaand aan de studie. Enerzijds worden zo internationale prevalentiecijfers bevestigd (26%), anderzijds laat het onderzoek zien dat slechts 25% van de mannen met klachten de huisarts bezochten in de afgelopen vijf jaar en wordt hiermee het ijsberg-fenomeen (het verschil tussen ervaren en aangeboden morbiditeit⁵) voor deze klachten onderbouwd.

Sonke e.a.⁸ vonden in Boxmeer via een steekproef van mannen in de leeftijdsgroep 40-79 jaar uit de gemeentelijke basisadministratie een prevalentie van 21%. De prevalentie van LUTS nam toe met de leeftijd: 10% van de mannen tussen 40-49 jaar rapporteerde matig tot ernstige symptomen ver-

geleken met 44% van de mannen ouder dan 70 jaar. Van belang is dat Sonke e.a. net als Wolfs een relatie legden naar eerder huisartsbezoek voor plasklachten en rapporteerden dat van alle mannen uit de onderzoeksgroep 9% al eerder een huisarts had bezocht.

De Krimpen-studie, een bevolkingsonderzoek onder 3924 mannen van 50-75 jaar in de gemeente Krimpen aan den IJssel, leverde Blanker e.a.¹⁹ tussen augustus 1995 en januari 1998 gegevens voor onderzoek naar prevalentie van LUTS en BPH. Zij corrigeerden de gevonden prevalentie (25%) na onderzoek onder de niet-beantwoorders voor deze non-respons bias en kwamen daarom op een lager getal (20%) voor de prevalentie. De invloed van de correctie laat zich het sterkst gelden in de hoge (70-79 jaar) en lage (50-54 jaar) leeftijdsgroep.

Daarnaast stelde Blanker het “prostaat-denken” ter discussie en voegde de stelling dat blaasfunctie een belangrijke rol speelt bij de aanwezigheid van plasklachten bij oudere mannen toe. Tenslotte legde hij een verband tussen de aanwezigheid van plasklachten en vermindering van seksualiteit, zich uitend in erectiestoornissen.

Wolters e.a.²⁰ deden van november 1999 tot mei 2000 vragenlijstonderzoek onder 5052 mannen boven de 50 jaar in huisartspraktijken in Oost-Nederland. Er waren 22 huisartsen bij dit onderzoek betrokken. Zij kregen een relatief grote respons, 70%, en vonden een prevalentie van bijna 26%. In deze studie worden 268 mannen die zich met LUTS (IPSS-score >7) de afgelopen 2 jaar hadden gemeld bij de huisarts (cases) vergeleken met 272 mannen met LUTS, die niet op het spreekuur waren geweest (controls). Een van de uitkomsten was dat adviezen van anderen of van de media sterkere voorspellers voor hulpzoekend gedrag waren dan de ernst van de klachten.

Dijstelblom e.a.²¹ vonden in een retrospectief cohortonderzoek aan de hand van dossieronderzoek in vier huisartspraktijken van de CMR naar het beloop van de klinische diagnose BPH een vrijwel gelijkblijvende incidentie over een periode van 15 jaar (1986 – 2001), waarbij het begrip incidentie staat voor het aantal nieuwe gevallen van BPH per 1000 mannen per jaar. Nieuwe klachten traden in de periode van 1986 tot 1995 vooral op in de groep oudere mannen, daarna lijkt er sprake te zijn van een verschuiving naar de groep jongere mannen. De totale prevalentie van BPH steeg van 16,2 naar 19,6 per 1000 patiëntjaren in de periode 1996 tot 2000. Bij deze studie dient aangetekend te worden dat hier het beloop wordt beoordeeld op diagnoseniveau (BPH) en niet op klachtenniveau.

Samenvattend kan worden gesteld dat, hoewel methodologisch soms moeilijk vergelijkbaar en niet altijd even coherent, de studieresultaten wijzen op een prevalentie van plasklachten bij oudere mannen van 25-30%. Internationaal kunnen de prevalentiecijfers divergeren, waarbij uitgangspunt is dat dit veroorzaakt wordt door verschillen in bereidheid tot rapportage en beleving van de klachten door transculturele verschillen.

Uitgesplitst per leeftijdsgroep, betekent dit een prevalentiecijfer van rond de 20% in de groep van 50-59 jaar, tegen 30% in de groep van 60-69 en 40% in de groep van 70 jaar en ouder, waarbij als maat voor klachten het internationaal geaccepteerd afkappunt voor ernst wordt gehanteerd van een IPSS-score >7 punten.

Van belang lijkt de correctie voor de non-respons bias zoals beschreven door Blanker, met als doel de prevalentiecijfers per leeftijdsgroep bij te stellen. De hiervoor genoemde percentages worden dan alle naar beneden bijgesteld (zie tabel 2).

De conclusie van Lagro-Janssen²², beschreven in haar beschouwing over de literuurgegevens van de prevalentie van urine-incontinentie bij vrouwen, waarin zij stelt dat de betekenis van epidemiologische getallen van beperkte waarde is indien geen relatie gelegd kan worden met het belang van deze klachten voor de individuele patiënt, geldt op grond van bovenstaande ook voor de hier beschreven studie.

3.2.3. Prevalentie en incidentie van plasklachten in de huisartspraktijk

Bij het ontbreken van gegevens voor de klacht bemoeilijkte mictie, worden in het epidemiologisch overzicht van de NHG Standaard “Bemoeilijkte Mictie bij Oudere Mannen⁴” (uiteenlopende) getallen van de prevalentie- en incidentiegegevens van de klinische diagnose BPH gepresenteerd van registratieprojecten zoals Nivel (2004), het Transitieproject (2002) en Continue Morbiditeits Registratie (CMR 2003). Samenvattend geven volgens de Standaard de huisartsenregistraties een incidentie aan die varieert van 2 tot 4 per 1000 mannen per jaar in de huisartsenpraktijk. De incidentie stijgt met de leeftijd: van 4-9 in de leeftijdsgroep van 45-64 jaar naar 10-18 bij de leeftijdsgroep boven de 75 jaar. De prevalentie is in de genoemde groepen respectievelijk 8-19 en 36-165 per 1000 mannen per jaar.

In het overzicht van de Tweede Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartsenpraktijk (NS2)²³ worden de éénjaarsincidentie en prevalentiecijfers weergegeven van de aan de huisarts gepresenteerde klachten en aandoeningen naar ICD-codes. Het betekent dat naast registratie van de klinische diagnose BPH (ICD-code Y85) ook de incidentie en prevalen-

tie van de symptoomdiagnose Y06 (symptomen/klachten prostaat) is vastgelegd (zie tabel 2).

De cijfers van incidentie en prevalentie van de klinische diagnose BPH komen in dit overzicht overeen met de gegevens (aan de ondergrens) van de NHG Standaard in de betreffende leeftijdsgroepen. De prevalentiecijfers van de symptoomdiagnose ICPC-code Y06 lopen bij de cijfers van de klinische diagnose parallel, behalve bij de groep ouder dan 65 jaar waar men de klinische diagnose Y85 vaker stelt. Een mogelijke verklaring is dat de huisartsen, betrokken bij de registratie van gegevens van de Tweede Nationale Studie, bij de codering van mictieklachten bij de groep oudere mannen vaker uiteindelijk kiezen voor een orgaangerichte einddiagnose (BPH) dan voor een klachtgerichte/symptoomdiagnose.

Tabel 2 De incidentie en prevalentie van benigne prostaathypertrofie (Y85) en klachten/symptomen prostaat(Y06) naar ICPC-code per 1000 mannen per jaar per leeftijdsgroep (n=375.899).

ICPC-code	incidentie			prevalentie		
	45-64 jaar	65-74 jaar	>75 jaar	45-64 jaar	65-74 jaar	>75 jaar
Y85-benigne prostaat hypertrofie	3,9	11,1	9,8	7,8	33,0	35,6
Y06-symptomen/klachten prostaat	4,2	12,2	9,4	7,6	25,2	24

Bron: van der Linden e.a.²²

3.3 Het natuurlijk beloop van plasklachten

Garraway e.a.²⁴ beschreven in 1993 een 1-jaar follow-up studie waarin 266 mannen met plasklachten werden vervolgd, die hiervoor niet behandeld werden. Van hen verbeterden 8-26% (meer of minder afhankelijk van het symptoom), terwijl 44-71% van de participanten gelijke klachten aangaven en 18-35% van de mannen meer klachten aangaven. In hinder van de klachten verbeterden 25% van de mannen, bij 45% bleef de hinder hetzelfde en bij 27% werd een verslechtering gevonden. In totaal, werd weinig of geen verandering gezien in het niveau van hinder ten opzichte van de baseline-meting. Garraway verklaart dit door te wijzen op het feit dat de alertheid op hinder van plasklachten kan zijn toegenomen door deelname aan

de studie (recall bias) en dat een andere lay-out werd gebruikt bij de tweede vragenlijst wat een invloed kan hebben op de resultaten.

Jacobsen e.a.²⁵ doen verslag van een Amerikaans studie van het beloop over 42 maanden (31/2 jaar). Gemiddeld wordt er een lichte toename van klachten gezien van klachten met name in de groep oudere mannen(>70 jaar). Zij vonden een stijging van de IPSS-score van 0.2 punt per jaar, waarbij de groep mannen van 60-69 jaar in score sterker steeg dan de groep van 40-49 of 70-79 jaar. De onderzoekers zetten vraagtekens bij de generalisatie van de resultaten naar de algemene populatie rekening houdend met het verschijnsel van regressie naar het gemiddelde en de informatie-bias van de onderzoeksgroep.

Beoordeeld over een periode van vijf jaar doen Lee e.a.²⁶ verslag van hun onderzoek van het beloop van klachten in een Schots cohort mannen van 40-79 jaar. Hoewel de toename van klachten individueel nogal verschilde, was er gemiddeld gezien een verslechtering waarneembaar.

Ook Temml e.a.²⁷ doen in een longitudinale studie over een periode van vijf jaar verslag van het beloop van klachten van 456 Oostenrijkse mannen die tevoren niet behandeld werden voor klachten van bemoeilijkt mictie. Zij concluderen dat er een lichte toename van klachten te zien is over de periode van vijf jaar, waarbij niet alle symptomen van LUTS overigens even snel veranderen. Totaal werd per jaar een toename in IPSS-score gevonden van 0.18 punt (4%). Verdeeld over drie groepen, werd bij 19% van hen geen verandering gevonden, bij 31% een verbetering en de helft van de mannen gaf aan een verslechtering te hebben van de klachten. Uiteindelijk had gerekend over vijf jaar bijna 80% van de respondenten die op de baselinemeting geen of lichte klachten hadden, nog steeds geen of lichte klachten. Daarentegen had de meerderheid van de mannen met matige of ernstige klachten op de nulmeting, dezelfde of ernstiger klachten na vijf jaar.

Als conclusie mag gelden dat het niet eenvoudig is om een éénvormig beeld te krijgen over het beloop van de klachten. Generalisatie naar een grotere populatie dan de onderzoeksgroep is niet zonder meer mogelijk gezien het verschillende design van de studies. In zijn algemeenheid kan wel gelden dat er gemiddeld in de groep mannen van 40 jaar en ouder in de tijd progressie van klachten optreedt van ongeveer 4% per jaar waarbij sommige symptomen meer veranderen dan andere. Oudere mannen en mannen die bij de start al matige of ernstige klachten hadden, geven meer verslechtering aan dan jongere mannen of mannen die bij de nulmeting geen of lichte klachten hadden.

3.4 Hulpzoekend gedrag

3.4.1 Definities

Waarom de één wel met bepaalde klachten naar de huisarts gaat en de ander met vergelijkbare klachten niet, wordt in de literatuur op verschillende wijze beschreven: enerzijds worden studies gedaan juist naar de achtergronden van spreekuurbezoek en factoren die hier een rol in spelen, anderzijds (in minderheid) zijn er onderzoeken die een analyse geven van het feit waarom men bij klachten de huisarts niet bezoekt.

Binnen de zoektocht door de medische en medisch-sociologische literatuur wordt een aantal definities gebruikt die een verklaring vragen. Zo wordt hulpzoekend gedrag benoemd als het zoeken van hulp binnen het stelsel van professionals binnen de gezondheidszorg. Op dat moment eindigt de premedische fase. De patiënt vertoont ziektegedrag. Medische consumptie (het zoeken van nadere informatie en genezing bij een professionele hulpverlener) wordt ook wel benoemd als medische consultatie met welk begrip wordt verondersteld dat er een gelijkwaardiger relatie tussen arts en patiënt bestaat in het zoeken naar een oplossing voor het gezondheidsprobleem dan in de woorden “consumptie van zorg” besloten liggen²⁸. In het verlengde hiervan ligt het begrip geneigdheid tot medische consumptie, door Cassee beschreven in 1973²⁹: “het complex van houdingen, dat een individu in meerdere of mindere mate voorbeschikt tot medische consumptie”.

In de literatuur wordt bij beschouwingen over hulpzoekend gedrag gebruik gemaakt van het begrip ijsbergfenomeen, een figuurlijke uitdrukking welke als eerste geformuleerd werd door Last³⁰ in 1963 en door Folmer³¹ in 1968 werd beschreven in een studie over het verschil in vraag naar doktershulp en aangetoonde ziektes in een huisartsenpraktijk in Noorwegen. Van de Lisdonk³² beschreef dit fenomeen als “het verschil tussen ervaren en aangeboden morbiditeit” in zijn dissertatie uit 1985. Bij de definitie van ijsbergfenomeen kan er zowel sprake zijn van een ijsberg van ervaren klachten zoals van de Lisdonk bedoelde, waarbij de ijsbergmetafoor staat voor gerapporteerde klachten (boven water) en niet gerapporteerde klachten (onder water) als van een klinische ijsberg waarbij een aantal ziektes nog niet gediagnostiseerd en dus onder water zijn, omdat deze zich in de bevolking asymptomatisch ontwikkelen zoals diabetes of glaucoom (Kooiker³³). Er is dus sprake van een klachten-ijssberg en een ziekten-ijssberg die deels overlappen, maar niet hetzelfde zijn.

Het wordt er overigens niet duidelijker op, wanneer enerzijds klachten zoals het hebben van pijn of kortademigheid en symptomen (bijvoorbeeld

het hebben van een zwelling), beide als subjectief ervaren gezondheidsstoornissen worden gedefinieerd en anderzijds wanneer symptomen als voorstadium worden gezien voor de klachten waarmee men de dokter bezoekt^{34,7}.

Gemakkelijker lijkt het om de beschrijving en benoeming van symptomen te laten vallen binnen het (objectieve) domein van de dokter, terwijl klachten worden gebruikt zowel in het spraakgebruik van patiënt (subjectief) als arts bij de beschrijving van lichamelijk en/of psychisch onwelbevinden.

3.4.2 De premedische fase

Bij het zoeken van verklaringen waarom men wél of niet het spreekuur van de huisarts bezoekt, is het evident dat analyse van de periode die vooraf ging aan het bezoek van groot belang is en dat op die manier de determinanten van medische consumptie in kaart worden gebracht.

Eén van de grondleggers van modellen die een verklaring zochten voor verschillen in hulpzoekend gedrag was Anderson³⁵. Hij publiceerde in 1973 een verklarend model waarin hij drie factoren onderscheidde die medische consumptie bepalen: predisponerende factoren (leeftijd, geslacht, invloed omgeving), “enabling” of mogelijkheden-scheppende factoren (afstand, voorzieningen, inkomen, poliskosten) en “need” factoren of noodzaak tot consumptie (ernst en duur van de klacht, ervaren gezondheid, angst en onzekerheid)³⁶.

In Nederland heeft ondermeer Cassee² op dit gebied belangrijk werk verricht. In de studie van Mootz³⁷ wordt het model van Cassee beschreven. Het raadplegen van de dokter wordt in dit model door vier factoren beïnvloed:

- a. bepaalde persoonskenmerken,
- b. ziekteverschijnselen,
- c. beschikbare tijd of geld voor het doktersconsult of voor de gevolgen ervan en
- d. de geneigdheid tot het inroepen van medische hulp. Dit laatste, de geneigdheid tot medische consumptie, staat in zijn model centraal.

Mootz beschrijft in een beschouwing over verschillende benaderingswijzen voor de verklaring van hulpzoekend gedrag³⁸ een vijftal determinanten van medische consumptie:

1. Bij de sociaal-demografische of structurele benadering staan verschillen in kenmerken van de potentiële patiënt centraal. Voorbeeld hiervan zijn de gegevens van verschillen van zorggebruik in de eerste lijn³⁴: arbeidson-

geschikten, werklozen, huisvrouwen/-mannen hebben meer contacten met de huisarts dan mensen met een betaalde baan. Met betrekking tot geslachtskenmerken hebben meer vrouwen dan mannen contact met de huisarts, met betrekking tot leeftijdskenmerken bezoeken meer oudere dan jongere mensen het spreekuur van de huisarts.

Beoordeeld naar opleidingsniveau vragen lager opgeleiden meer hulp. Mensen in zeer stedelijke gebieden en mensen met veel tekorten in sociale steun, hebben meer contact met de huisarts dan respectievelijk mensen in niet-stedelijke gebieden en mensen zonder tekorten in sociale steun. Volwassenen uit tweeoudergezinnen hebben minder contact met de huisarts dan volwassenen uit andere woonvormen.

2. De *culturele benadering*: hierbij spelen algemene opvattingen over gezondheid en ziekte een rol en hiermee samenhangende normen en waarden. Zo hebben allochtonen vaker contact met de huisarts dan autochtonen¹³.
3. Ten derde is er de *sociaal-psychologische benadering* waarbij men het individu als gebruiker van medische voorzieningen centraal stelt. Daarbij gaat men ervan uit, dat mensen alleen professionele hulp inroepen als zij gemotiveerd zijn gezond te blijven of te worden, als zij de aandoening als ernstig of dreigend ervaren en als zij van medische hulp baat verwachten. Dit staat bekend als Health Belief Model (HBM). Over het algemeen is gebleken dat emotionele aspecten zoals angst voor een bepaalde behandeling, een slechte ziektebeleving, de tevredenheid met de eigen arts, sterker met de medische consumptie samengaan dan andere, verstandelijke aspecten^{11,12}.
4. De *structurele of netwerkbenadering* gaat in op de beïnvloeding van een potentiële patiënt door zijn sociale omgeving. In de premedische fase kan dit van bijzondere invloed zijn. Sterker nog, alle hiervoor besproken benaderingen gingen uit van een individuele en eenzijdige drijfveer achter iemands handelen. Deze eenzijdigheid blijkt in de praktijk toch vaak niet het geval.

Daarom gaat deze benadering ervan uit dat mensen deel uitmaken van een structuur of netwerk, bijvoorbeeld hun gezin, de vrienden, hun kennissenkring, de burens en cetera, en dat deze structuur invloed uitoefent op hun hulpzoekend gedrag. De maatstaven voor de beoordeling of men voor een bepaalde klacht een arts moet raadplegen of niet, ontwikkelt men in wisselwerking met wat anderen, ouders, vrienden, gezinsleden, over gezondheid en ziekte zeggen of aan ziektegedrag vertonen. Vaak neemt men niet eens zelf een besluit de huisarts te bezoeken, maar wordt hij of zij door anderen gestuurd. Daarnaast is er dan binnen netwerken ook nog verschil aan te wijzen. Hechte netwerken van mensen die veel

met elkaar, maar weinig met de buitenwereld te maken hebben zijn sociologisch gezien weer anders dan minder hechte netwerken, waarbinnen iemand meer zijn eigen gang gaat^{11,12}. Als een zeer hechte gemeenschap de algemene opvatting bezigt dat doktershulp weinig tot nooit noodzakelijk is, neemt men die gedachte al snel over. Dit in tegenstelling tot de vrijere sociale netwerken, waar men de eigen, individuele opvattingen meer ruimte geeft. Huisarts De Lege⁴⁰ onderzocht het zorggebruik op Urk en vond dat de attitude van de bevolking (als groep, samenwerkend, veel gebruik makend van mantelzorg) van belangrijke invloed was op het huisartsenbezoek.

5. Tenslotte is er de *financieel-economische benadering*, waarbij men de nadruk legt op de rol van de kosten en de wijze van financiering van de medische hulp. In dit model veronderstelt men dat hulpzoekgedrag wordt beïnvloed door invoer van een financiële drempel bij de voordeur van de huisarts. Onderzoek heeft uitgewezen dat dit overigens niet het geval is⁴¹. Men treft, beoordeeld naar verzekeringsvorm, wel een (beperkt) verschil aan tussen ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden: alleen in de leeftijdsgroep tussen de 45 en 65 jaar hebben meer verzekerden via het ziekenfonds dan particulier verzekerden contact met hun huisarts. Met de komst van het nieuwe ziektenkostenstelsel, zoals ligt besloten in de Wet op de Zorgverzekering waarin er geen onderscheid meer is tussen ziekenfonds en particuliere ziektekostenverzekering, zullen in de toekomst deze verschillen niet meer aantoonbaar zijn.

Bij de beschrijving van de premedische fase is het van belang om het verschil tussen klagen/klachten/zich ziek voelen (*illness*) als subjectieve belevingen te onderscheiden van de ziekte/diagnose (*disease*) als objectieveerbare en meetbare afwijking van het normale fysiologische functioneren⁴². De term *sickness* (ziektegedrag) heeft betrekking op de sociale dimensie van ziekzijn: arbeidsverzuim door ziekte, bezoek aan de arts wegens ziekte. Het kan dus voorkomen dat patiënten die zich ziek voelen (*illness*) geen ziekte hebben (*disease*) na bezoek aan de dokter, maar zich wel ziekmelden wegens ziekte (*sickness*). Hoe stapsgewijs de ontwikkeling van klachten kan leiden tot ziekte, met daarbij de positie van de verschillende dimensies van ziekte, wordt in een stroommodel zichtbaar (figuur 3.3). Na de “pre-klacht-fase” wordt besloten tot het aannemen van de ziekenrol onder invloed van zich ziek voelen. Daarna kan besloten worden om ziektegedrag te tonen en hulpverlening in gang te zetten, eventueel uitmondend in ziekte/*disease*.

Post e.a.⁴³ laten zien in hun beschouwing over factoren die van invloed zijn op de behoefte aan gezondheidszorg dat het oordeel, dat mensen over hun eigen gezondheid geven gemeten door een eenvoudige vraag (“zeer goed”, “goed”, “gaat wel”, “soms goed en soms slecht” of “slecht”) sterk samenhangt met de omvang van zorggebruik. Deze relatie wordt weergegeven in tabel 3.

Tabel 3 De relatie tussen ervaren gezondheid en het gebruik van huisarts, specialist en ziekenhuis (in procenten).

Gezondheidstoestand naar eigen zeggen	Percentage personen met contact met de huisarts in 1 jaar	Percentage personen met contact met een specialist in 1 jaar	Percentage in ziekenhuis opgenomen personen in 1 jaar
zeer goed	62%	23%	3%
goed	75%	35%	5%
gaat wel	92%	61%	14%
soms goed	93%	70%	17%
slecht	94%	84%	31%

Bron: CBS. Vademecum Gezondheidsstatistiek Nederland 1997
Overgenomen uit: Post e.a.⁴²

Zij onderscheiden vervolgens drie domeinen bij de factoren die van invloed zijn op de vertaling van een klacht in een behoefte aan zorg:

1. het biologisch domein (kenmerken van de klacht of de ziekte.) Als voorbeeld de ernst en duur van plasklachten en de mate van acuut optreden. Bij een plotse, als heftig beleefde klacht wordt eerder de dokter geraadpleegd dan bij een langzaam ontstane klacht.
2. het psychologisch domein (ziektebeleving en klaaggedrag.) Als voorbeeld de individuele tolerantie voor de ernst en hinder van plasklachten. Daarnaast de individuele beleving van angst, bijvoorbeeld voor prostaatkanker, als belangrijke factor voor medische consumptie en de functie welke klaaggedrag kan hebben voor het individu en zijn omgeving.
3. het sociale domein (legitimering van school-en werkverzuim door ziekte.) Hoewel plasklachten niet veelvuldig een ernstige belemmering zullen zijn voor arbeidsongeschiktheid, is in zijn algemeenheid het hebben van een klinische diagnose en behandelplan een hulp bij de verantwoording van ziekteverzuim.

In hun beschouwing over determinanten van zorggebruik, onderscheiden Post e.a naast patiëntgebonden factoren ook artsgebonden factoren die van invloed zijn op de medische consumptie. Gedragsfactoren van de dokter

zoals taakopvatting en mate van onzekerheid spelen een grote rol. Zij tonen aan dat persoonskenmerken van de arts van grote invloed zijn op de omvang van zorggebruik van hun patiënten waarbij doeners welke geneigd zijn om verrichtingen uit te voeren, onderzoeken te doen of te laten doen, medicatie voor te schrijven, patiënten te verwijzen of terug te bestellen, meer medische consumptie creëren dan artsen met een meer geïntegreerde aanpak waarbij luisteren, afwachten, voorlichten en het bevorderen van zelfhulp op de voorgrond staat.

Wanneer wordt gekeken naar de chronologie van hulpzoekend gedrag (wanneer valt de beslissing om naar de dokter te gaan?) gebruiken Post en Vennix⁴³ hiervoor een verklarend model.

Hierin worden verschillende stappen in de tijd onderscheiden die zorggebruik beïnvloeden. De eerste fase (a) wordt benoemd als klacht/geen klacht fase, waarmee bedoeld wordt dat lichamelijke signalen al of niet tot de perceptie van een klacht kunnen leiden, afhankelijk van persoonskenmerken van het individu. Als wordt aangenomen dat de persoon het verschijnsel als klacht ervaart, leidt dat tot een tweede fase, benoemd als premedische fase (b). Als besloten wordt tot doktersbezoek eindigt de premedische fase en start de medische fase, stap drie (c). De beslissing tot consultatie wordt bepaald door allerlei invloeden, waarbij ook weer factoren beschreven in het model van Anderson een rol spelen, zoals ongerustheid, onzekerheid, angst, hinder en invloed van derden.

Een ander, praktisch model over factoren die van invloed zijn op de beslissing professionele hulp in te roepen, wordt beschreven door van de Lisdonk⁷. De waarde van dit model is gelegen in het feit dat er niet alleen determinanten van medische consumptie per categorie benoemd worden, maar ook de mate van invloed op de beslissing om naar de huisarts te gaan (tabel 4).

Onderscheiden worden 4 categorieën die op hun beurt worden onderverdeeld: persoonskenmerken, het sociale netwerk, klacht-gerelateerde aspecten en cognities (opvattingen/gevoelens). Opmerkelijk is de beschrijving van de invloed van angst op de stap naar de dokter: hoewel het een duidelijk drijfveer is, blokkeert angst ook zelden het inroepen van hulp, terwijl men zou verwachten dat hulpzoekend gedrag hier negatiever door beïnvloed zou worden.

Samenvattend speelt de premedische fase een grote rol in het wel of niet naar de huisarts gaan met een klacht. Het is duidelijk dat hierop allerlei factoren van invloed zijn, welke ertoe leiden dat men met ziektegedrag op het

Tabel 4 Factoren die van invloed zijn op de beslissing professionele hulp in te roepen.

factor (per categorie)	invloed
persoonskenmerken	
leeftijd	hoe ouder patiënten zijn, hoe vaker zij (in absolute zin althans) professionele hulp inroepen
geslacht	vrouwen consulteren artsen vaker dan mannen
burgerlijke staat	weduwen en weduwnaars consulteren vaker dan gehuwden
familiestructuur	in gebroken gezinnen consulteren gezinsleden vaker een arts dan in volledige gezinnen
beroep	in de lagere klassen consulteert men vaker dan in de hogere sociale klassen
het sociale netwerk	
sociale steun	alleenstaanden en eenzamen consulteren vaker dan mensen met een ruim sociaal netwerk
reactie omgeving	bezorgde naasten doen mensen vaker professionele hulp inroepen
klacht-gerelateerde aspecten	
angst in relatie tot klacht	angst voor ziekte is een duidelijke drijfveer tot hulp vragen; zelden blokkert angst zo, dat zij feitelijk geen hulp inroepen
ervaren ernst van klacht	hoe ernstiger iemand zijn klachten inschat, hoe eerder hij zal consulteren
bestaande en voorafgaande ziekten	
mensen met chronische aandoeningen vragen vaker professionele hulp	
opvattingen/gevoelens (cognities)	
attitude	wie zelf verantwoordelijkheid neemt voor zijn gezondheid consulteert minder vaak dan wie de verantwoordelijkheid minder neemt
perceptie van bereikbaarheid	wie meent dat hulp moeilijk is te verkrijgen, zal minder gemakkelijk hulp vragen
geloof in nut	mensen met hoge verwachtingen van de gezondheidszorg consulteren vaker
tevredenheid	ontevredenheid over de eigen gezondheid, maar ook over artsen en de gezondheidszorg, werkt het inroepen van professionele hulp in de hand
self-efficacy	het idee zelf iets aan het probleem te kunnen doen, bevordert het inroepen van professionele hulp.

Bron: van de Lisdonk⁴²

spreekuur komt. Individuele factoren aan de kant van de patiënt spelen hierin een grote rol, maar ook aan de dokterskant zijn er (persoons)kenmerken die hierin bepalend zijn.

Wat valt voor de praktiserend huisarts hiervan te leren? In de eerste plaats dat niet alleen de ernst van de klacht een rol speelt bij huisartsbezoek, maar dat ook cultureel-maatschappelijke en sociaal-psychologische factoren hier een belangrijke rol in spelen. Ten tweede geldt dat er naast ernst en hinder van de feitelijke klacht, de beleving van angst voor een ernstige ziekte en/of kanker een belangrijke extra impuls is voor hulpzoekend gedrag en dat omgevingsfactoren (druk van de partner en/of de media) hierin ook een belangrijke rol spelen. Een derde leerpunt is dat in deze maatschappij van regels en wetten een belangrijke reden voor medische consumptie gelegen kan zijn in de wens om klachten te laten legitimeren ten behoeve van een werkgever of autoriteit.

3.5 Klacht en huisarts

3.5.1 De presentatie van de klacht

Zoals blijkt uit de verschillen tussen de prevalentiegegevens in de open populatie en de gegevens van de eerstelijns-registratienetwerken, zijn er veel mannen die zich niet met mictieklachten tot de huisarts wenden. Dit wordt bevestigd door de literatuur waarin het consultatiepatroon werd beoordeeld van deze mannen met BPH-gerelateerde klachten. In een Schots onderzoek⁴⁴ onder 1627 mannen tussen 40-79 jaar bleek dat 89% van de 364 mannen met BPH hun huisarts het afgelopen jaar hiervoor niet hadden geconsulteerd. Mannen met matige tot ernstige klachten consulteerden hun huisarts zes maal eerder dan mannen met geringe klachten.

Jacobsen e.a.⁴⁵ bevestigden in een Amerikaans onderzoek (in Olmsted County, Minnesota), dat de ernst van de klachten een belangrijke determinant vormt voor doktersbezoek. Naast ernst, vonden zij ook dat leeftijd een rol speelde: gecorrigeerd voor ernst zocht de groep ouderen (70-79 jaar) bijna vijf maal zoveel hulp als de jongere groep (40-49 jaar). Uit dezelfde onderzoeksgegevens bleek in een volgende publicatie⁴⁶ dat ernst van de klachten, grootte van de prostaat en urine-uitstroombepierking geen goede voorspellers zijn voor spreekuurbezoek en concludeert men *“there remain some factors that apparently lead some men with minor disease to seek care and that also prevent men with measurable disease from seeking care”*.

De auteurs van de NHG Standaard⁴ refereren in het zoeken naar een verklaring voor verschillen in consultatiepatroon aan het onderzoek van

Sprangers⁴⁷ met betrekking tot het “response shift” fenomeen: de subjectieve beleving van hinder en kwaliteit van leven kan veranderen, omdat men aan de aandoening went.

In het onderzoek van Jolleys⁴⁸ wordt de vraag gesteld hoe hinderlijk plasklachten nu eigenlijk zijn, omdat bij een hoge prevalentie aan gerapporteerde klachten, veel mannen niet geneigd zijn de huisarts te consulteren. Men veronderstelt dat toenemende hinder hulpzoekgedrag positief beïnvloedt.

Cunningham-Burley⁴⁹ stelde aan 200 mannen in de leeftijd van 40-79 jaar, die waren geselecteerd uit een groepspraktijk in Schotland, open vragen over woon-en leefgewoontes, opvattingen omtrent gezondheid en ziekzijn, meningen en ervaringen met plasklachten, hulpzoekgedrag, het hulpvragen aan anderen, kennis over prostaatproblemen en houding ten opzichte van gezondheidszorg. De interviews via een semi-gestructureerd format werden afgesloten met het invullen van een vragenlijst over de ernst van hun klachten. Van hen waren 41 (21%) mannen eerder met klachten op het spreekuur geweest. Beoordeeld op hun opvatting over hun plasklachten vonden 150 (70%) mannen dat het ouder worden een goede verklaring was voor hun klachten. Verder werd het duidelijk uit hun reacties dat zij de plasklachten vaak niet serieus namen en zich er geen zorgen over maakten, ook al waren de klachten soms hinderlijk. De klachten begonnen doorgaans geleidelijk en veranderden slechts langzaam in de tijd. Men beschouwde de symptomen vaak niet als illness.

Ook werden er externe factoren genoemd als verklaring voor de klachten, zoals teveel koffie of thee drinken, het gebruik van plaspillen(diuretica) of koude weersomstandigheden. Overigens maakte men wel onderscheid in symptomen bij de afweging om hulp van de dokter te vragen: pijn, bloed bij de urine en acute retentie waren wél reden het spreekuur te bezoeken. Dit wordt kernachtig verwoord door één van de respondenten: “The passing of blood, pain, I would say there’s something wrong. But dribbling, having to go frequently, getting up in the night, I’ve never seen that as a problem”.

Wolfs e.a.⁵⁰ deden in Nederland binnen geselecteerde huisartspraktijken ook onderzoek naar hulpzoekend gedrag van mannen met mictieklachten. Van de 1695 mannen uit de onderzoeksgroep hadden 25% de afgelopen 5 jaar de huisarts bezocht. Factoren die spreekuurbezoek positief beïnvloed hadden waren pijn bij het plassen, obstructieve klachten, het definiëren van hun subjectief probleem tot objectieve klacht en psychologische factoren, zoals een depressieve stemming en verlangen naar meer seksuele intimiteit.

Macfarlane e.a.⁵¹ deden bij 2011 Franse mannen van 50-80 jaar onderzoek naar determinanten voor hulpzoekgedrag. Naast en onafhankelijk van

de ernst van de klachten, wordt de beleving van de hinder die men van de plasproblemen ondervindt, benoemd als een belangrijke factor om doktershulp in te roepen. Dat de beleving van hinder een belangrijke determinant van hulpzoekend gedrag is, wordt bevestigd door het onderzoek van Jacobsen e.a.⁵²: mannen met een hogere hinderscore welke op grond van hun symptoomscore werd verwacht, zochten eerder hulp voor hun plasklachten dan die mannen waarvan hinder-en symptoomscore congruent waren. Deze mannen waren ouder, hadden een lagere sociaal economische status (SES) en hadden een lagere beleving van hun algemene gezondheid.

In een dwarsdoorsnede onderzoek onder mannen ouder dan 50 jaar in 14 huisartspraktijken in Oost-Nederland, onderzochten Wolters e.a.³⁰ determinanten die naast ernst van de klachten en ervaren hinder, een rol speelden bij doktersbezoek met plasklachten. Men vond dat sociale invloeden (advies van partner, anderen of media) een belangrijke rol speelden bij de beslissing tot hulpzoekgedrag en belangrijker waren dan de invloed van klachten gemeten via de IPSS-score. De studie bevestigde daarmee dezelfde waarneming welke eerder door MacFarlane²⁰ werd beschreven met betrekking tot invloed van anderen op de beslissing naar de arts te gaan of niet. Zoals ook wordt beschreven in de studie van Cunningham-Burley¹⁸ is bij veel mannen angst voor kanker vaak een onderliggend gegeven bij de plasklachten die men ervaart.

In het onderzoek van Sladden e.a.⁵³ wordt dit kwantitatief onderbouwd: men vond bij mannen van 40-80 jaar die met klachten van bemoeilijkte mictie de huisarts bezochten tweemaal zoveel angst voor prostaatkarcinoom dan bij mannen met klachten die de huisarts niet bezochten. In tabel 5 worden de belangrijkste determinanten die invloed hebben op het bezoek aan de huisarts getoond, zoals zij naar voren kwamen in de hierboven besproken studies.

Een belangrijk gegeven vormt de uitkomst van een tweedelijns studie van Brown e.a.⁵⁴, waarin naar voren komt dat bij 22 (73%) van de 30 verwezen patiënten (gemiddelde leeftijd 71 jaar) een onderliggende angst werd gevonden voor prostaatkarcinoom. Zij waren verwezen met klachten van bemoeilijkte mictie en hadden geen prostaatkanker. Er werd door kwalitatief onderzoek door middel van individuele interviews met open vragen gevraagd naar de aard van de klachten, de duur en de bezorgheid erover, of de huisarts over de bezorgdheid (worry/concern) gepraat had en of geruststelling over de afwezigheid van kanker hun klachten had veranderd. Van de 22 mannen die angst hadden aangegeven, waren 15 mannen (68%) die aangaven door de geruststelling minder klachten te hebben en beter met de

Tabel 5 De determinanten van hulpzoekend gedrag van mannen met plasklachten per onderzoek.

onderzoek	jaar	determinant van hulpzoekend gedrag
Jacobsen e.a	1993	ernst van de klacht leeftijd
Jolleys e.a	1993	hinder van de klacht
Simpson e.a.	1994	ernst van de klacht
Macfarlane e.a	1995	sociale invloed angst voor kanker
Cunningham - Burley e.a	1996	leeftijd angst, pijn, bloed bij de urine
Wolfs e.a	1998	pijn bij het plassen obstructieve klachten depressieve stemming beïnvloeding seksualiteit
Sladden e.a	2000	angst voor kanker
Wolters e.a	2002	ernst van de klacht hinder van de klacht sociale invloed

klachten om te kunnen gaan. Bij de meesten, 19 mannen (63%), was het onderwerp kanker niet aan de orde geweest tijdens het consult van de verwijzende huisarts. De helft van de mannen hadden vrienden of verwanten met prostaatkanker. Een treffend citaat: “I was told I had a swollen prostate – I just linked the two, (cancer) I got myself in a right state – every time I got up at night to pee it started me worrying again. My GP didn’t mention cancer so I didn’t”.

Samenvattend kan gesteld worden, dat factoren die de presentatie van plasklachten bij de huisarts beïnvloeden grotendeels corresponderen en parallel lopen met de factoren die zorggebruik in zijn algemeenheid bepalen, zoals gesteld in paragraaf 2.2, over de premedische fase. Patiënten met ernstige klachten komen eerder dan mannen met minder ernst van hun klachten. Wanneer klachten hinderlijker worden beleefd dan op grond van de score op ernst mag worden verwacht, gaan oudere mannen eerder naar de dokter. Leeftijd speelt derhalve een rol: men komt eerder als men ouder is. Interessant is de bespreking van het “response shift” fenomeen als verklaring voor ingehouden spreekuurbezoek door gewenning aan de klachten. Dit geeft op een andere wijze dan zoals gesteld in paragraaf 2.2 aan dat bij het langzaam optreden van verschijnselen eerder gewenning optreedt dan bij het optreden van acute en heftige klachten. Door het onderzoek van Cunningham-Bailey wordt bevestigd dat veel plasklachten binnen de pre-

medische fase blijven en niet leiden tot spreekuurbezoek. Angst voor kanker en de invloed van de omgeving spelen een rol in de beslissing om wel of niet naar de huisarts te gaan, waarbij tevens patiëntkenmerken zoals psychische draagkracht hier mede bepalend zijn.

In de zoektocht door de literatuur werden geen gegevens gevonden welke doktersfactoren belichten die een rol zouden kunnen spelen bij presentatie van plasklachten aan de huisarts. Voorstelbaar zou zijn dat naast persoonskenmerken ook het geslacht van de arts een rol zou kunnen spelen in de beslissing om wel of niet te gaan. Verontrustend tenslotte is het onderzoeksgegeven van Brown dat huisartsen niet voldoende duidelijk ingingen op de angst voor prostaatkanker bij de eerste presentatie van de klachten op het spreekuur. Hoewel dit resultaten zijn van één onderzoek van mannen die met plasklachten naar de uroloog waren verwezen en waarbij mogelijk sprake zou kunnen zijn van recall-bias, geven ze toch een belangrijk signaal. Het ingaan op de angst is een belangrijk gegeven voor patiënt en dokter waardoor er meer duidelijkheid komt over de achtergronden van het spreekuurbezoek. Ook kunnen dan onnodige verwijzingen worden voorkomen.

3.5.1 Het handelen van de huisarts

Het handelen van de huisarts bij plasklachten wordt in deze paragraaf vanuit drie literatuurbronnen behandeld: vanuit de NHG-Standaard, vanuit het leerboek “Diagnostiek van alledaagse klachten” en vanuit de gegevens van de Tweede Nationale Studie.

In principe is de NHG-Standaard “Bemoeilijkte Mictie bij Oudere Mannen” de richtlijn voor de huisarts ten aanzien van mannen met plasklachten die bij haar of hem op het spreekuur komen. De eerste versie van deze Standaard dateert uit 1994⁵⁵ en werd in 1997 voor de eerste keer herzien⁵⁶. In 2004 werd deze versie herschreven tot de huidige richtlijn⁴. De belangrijkste wijzigingen in 2004 betreffen het benoemen van Bemoeilijkte mictie en Prostaatcarcinoom als twee aparte entiteiten, elk met een eigen beleid. Daarnaast werd, zoals besproken in paragraaf 1.1 de term *lower urinary tract symptoms* (LUTS) geïntroduceerd voor de klacht van Bemoeilijkte mictie bij mannen ouder dan 50 jaar.

Duidelijker dan in de versie van 1997 wordt in de huidige richtlijn gesteld dat Bemoeilijkte mictie geen vroeg symptoom of risicofactor is van prostaatcarcinoom en wordt in het beleid onderscheid gemaakt tussen het handelen bij een vermoeden op prostaatcarcinoom en het handelen bij een vraag om screening op prostaatcarcinoom zónder een vermoeden op maligniteit. Alleen bij een vermoeden op prostaatcarcinoom na rectaal toucher wordt volgens de huidige Standaard, overigens onder voorwaarden, een

Tabel 6 Diagnostiek en beleid volgens de NHG-Standaard Bemoeilijkte Mictie bij Oudere Mannen in de periode 1997 – 2004.

anamnese	
de huisarts vraagt naar:	klachten bij plassen beloop van de klachten ervaren hinder
de huisarts let op:	pijn bij het plassen relevante co-morbiditeit eerder urologisch onderzoek eerder urologische behandeling eerder verblijfs catheter eerder urineweginfecties of Soa met invloed op mictie
lichamelijk onderzoek	
	inspectie onderbuik percussie bij vermoeden op retentie rectaal toucher.
aanvullend onderzoek	
bij algemene malaise, bij eerdere urineweginfecties, bij aanwijzingen retentie:	urine-onderzoek op aanwezigheid erythrocyten en ontsteking
bij niet goed interpreteerbaar rectaal toucher en als diagnostiek naar prostaatcarcinoom is gewenst:	serumcreatinine en echografie urinewegen PSA-bepaling
evaluatie	
BPH wanneer er sprake is van:	bemoeilijkte mictie een normale of vergrote, vast elastische prostaat normale bevindingen bij het urineonderzoek
prostatitis is waarschijnlijk bij:	bemoeilijkte mictie die in korte tijd is ontstaan en eendruppijnlige prostaat
urineweginfectie als:	bij positieve bevindingen in de urine volgens Standaard UWI
verdenking prostaatcarcinoom als:	asymmetrische prostaat met harde noduli niet goed interpreteerbare bevindingen bij rectaal toucher en PSA > 4 ng/ml
beleid	
voorlichting/niet-medicamenteuze therapie	
voorlichting over operatieve ingrepen	
medicamenteuze therapie	alfablokkers eerste keuze
controlebeleid	bij ernstige klachten of bij medicamenteuze the- rapie 3 maandelijks
verwijzen	verdenking neurogeen blaaslijden verdenking urethrastrictuur hematurie zonder urineweginfectie hydronefrose aangetoond door echografisch onderzoek herhaalde acute retentie de wens tot operatieve behandeling wegens erva- ren hinder verdenking prostaatcarcinoom afhankelijk context patiënt

Prostaat Specifiek Antigeen (PSA)-bepaling aangevraagd, terwijl in de versie van 1997 er een wat ruimere opvatting over de aanvraag van deze laboratoriumbepaling bestond (zie tabel 7).

Voor beide versies geldt dat er in de Toelichting bij de herziening van de Standaard in 1997 en 2004 duidelijk wordt gesteld dat achter de klacht Bemoeilijkte mictie de angst voor prostaatcarcinoom, seksuele problematiek of schaamte voor incontinentie kan schuilgaan. In de samenvatting van de Standaard, die in geplastificeerde uitvoering dient als praktische leidraad voor het dagelijks handelen, worden deze attentiepunten niet meegenomen in het protocol.

Gezien het tijdstip van dataverzameling voor deze studie (2000-2001) is gekozen om de richtlijn van 1997-2004 te nemen als uitgangspunt voor het handelen van de huisarts.

In tabel 6 worden de aanbevelingen voor diagnostiek en beleid bij klachten van bemoeilijkte mictie getoond.

Norgl⁵⁷ e.a. beschrijven in het leerboek over “Diagnostiek van alledaagse klachten” de probleemanalyse van patiënten met Bemoeilijkte mictie. Dit boek is bedoeld voor studenten-onderwijs, maar kan ook gebruikt worden als informatiebron in de vervolgopleidingen en door praktiserende artsen.

Tabel 7 Diagnostisch schema moeilijk plassen.

	invloed	oorzaak
systemisch	iatrogeen neurogeen	diverse medicamenten stress
blaas (vesiculair)	iatrogeen anatomisch/obstructief infectieus neurogeen	diverse medicamenten blaassteen uwi neuropathie CVA MS
infravesiculair	iatrogeen anatomisch/obstructief infectieus	post-operatief BPH prostaatcarcinoom urethra-vernauwing urethra-strictuur phimosi prostatitis

Bron: Norg e.a.⁵⁷

Tabel 8 Diagnostiek, verwijzing en prescriptie volgens de Tweede Nationale Studie van de ICPC-codes Y85 (BPH) (n=1945) en Y06 (klachten/symptomen van de prostaat) (n=1602) (in procenten).

	ICPC-code	
	Y85	Y06
alle contacten:		
per 1000 contacten	1,29%	1,06%
aantal contacten	1945	1602
diagnostiek in de praktijk		
percentage:	3,6%	9,0%
meest voorkomende:		urineonderzoek
aangevraagde diagnostiek:		
percentage:	9,1%	6,7%
meest voorkomende:	bloedonderzoek	bloedonderzoek
verwijzingen naar 2e lijn:	3,5%	13,0%
percentage:		Urologie
meest voorkomende:		
prescriptie:		
percentage:	71,8%	55,3%
meest voorkomende:		tamsulosine tamsulosine

Bron: Cardol e.a.⁵⁹

Gebruik wordt gemaakt ondermeer van de gegevens van het Transitie-project⁵⁸. Het probleem mictieklachten wordt per stap opgelost en er wordt ingegaan op de betekenis van voorgeschiedenis, anamnese , lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek vanuit de epidemiologie van de eerste-lijns geneeskunde. De NHG-Standaarden worden betrokken bij diagnostiek en beleid. Hoewel in het hoofdstuk plasklachten van zowel mannen als vrouwen worden behandeld en hierin alle leeftijden worden meegenomen, is er toch een duidelijk richtlijn te vinden voor plasklachten bij oudere mannen. Het diagnostisch schema , zie tabel 7, is hier een voorbeeld van. In de diagnostiek van plasklachten worden veranderingen van de blaas als oorzakelijke factor voor moeilijke mictie (nog) niet meegenomen.

Gekeken naar maat en getal van het handelen van de Nederlandse huisarts geeft de Tweede Nationale Studie Naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk⁵⁹ een schematisch overzicht voor de diagnoses BPH (ICPC-code Y85) en symptomen/klachten prostaat (ICPC-code Y06), zie tabel 8.

In de tabel wordt per ICPC-code het percentage diagnostiek in de praktijk, diagnostiek buiten de praktijk (aangevraagd), verwijzingen binnen de eerste lijn en verwijzingen naar de tweede lijn en prescriptie weergegeven.

Voor de diagnose BPH betekent dit dat ICPC-code Y85 1945 keer werd geregistreerd in het medisch dossier; dit betreft 1,3 keer per 1000 contacten. In 3,6% van de gevallen waarin Y85 wordt geregistreerd wordt diagnostisch onderzoek in de praktijk gedaan en in 9,1% wordt diagnostiek aangevraagd, waarvan bloedonderzoek het meest frequent. In 3,5% van de contacten wordt verwezen naar de tweede lijn. In 71,8% van de contacten wordt medicatie voorgeschreven, waarvan tamsulozine het meest voorgeschreven geneesmiddel is. Voor de symptoomdiagnose Y06 geldt dat deze code minder vaak werd geregistreerd, 1,06 keer per 1000 contacten en dat er minder contacten waren (1602). Er werd vaker diagnostiek in de eigen praktijk gedaan (9% van de contacten) waarvan urineonderzoek hier het meest frequent. Er wordt minder vaak diagnostiek aangevraagd (6,7% van de contacten), waarvan bloedonderzoek het meest frequent wordt geregistreerd. In 55,3% van de contacten worden medicijnen voorgeschreven, minder vaak dan bij ICPC-code Y 85. Tamsulozine, een alfablokker, wordt het meest frequent voorgeschreven.

Samenvattend geeft met name de NHG-Standaard Bemoeilijkt Mictie bij Oudere Mannen een goede richtlijn voor het dagelijks handelen van de huisarts. De stappen in diagnostiek en beleid worden helder beschreven en zowel voor niet-medicamenteuze therapie als medicamenteuze therapie worden duidelijke aanbevelingen gegeven. Niet expliciet wordt ingegaan op de vaak achterliggende angst voor prostaatcarcinoom bij de punten die van belang zijn bij de anamnese. De stappen die gezet moeten worden bij verdenking op prostaatcarcinoom vereisen een goed inzicht in de context van de patiënt, een helder beeld over de valkuilen van de PSA-bepaling en goede communicatieve eigenschappen.

Voor de praktiserend huisarts die in zijn of haar handelen kritisch naar de betekenis van de verschillende stappen van het diagnostisch proces ten aanzien van Bemoeilijkt mictie wil kijken, geeft het hierboven genoemde hoofdstuk uit het leerboek "Diagnostiek van alledaagse klachten" een heldere probleemanalyse. Het hoofdstuk geeft, begrijpelijk vanuit de opzet waarvoor het is bedoeld, voor het dagelijks handelen een minder praktijkgericht handvat dan de Standaard.

Tenslotte vormen de data van de Tweede Nationale Studie het cijfermatig decor van het handelen van de huisarts bij mannen met Bemoeilijkt mictie, specifiek gericht op ICPC-code Y85 en Y06. De gegevens hebben vooral

betekenis voor toetsing van het handelen aan richtlijnen zoals bijvoorbeeld de Standaard en aan gegevens die voortkomen uit wetenschappelijk onderzoek.

3.6 Het niet-komen

Op zoek naar de niet-komer in de literatuur vindt men weliswaar een aantal publicaties over dit specifieke onderwerp, maar vaker vindt men onderzoeken naar personen die juist wél de huisarts consulteren of studies die binnen de context van een aangetoond verschil tussen aangeboden en verwachte morbiditeit (het ijsbergfenomeen) onderzoek doen naar de niet-komer en diens achtergronden en motieven zoals in studies beschreven in paragraaf 2.4.

Toch is er wel literatuur te vinden over niet-komers, al is het dikwijls gedateerd. Binnen de publicaties is de tijds marge die men definieerde om het doktersgebruik te betitelen als niet-komen variabel. Enerzijds wordt de termijn genomen van één jaar⁶⁰ geen doktersbezoek, anderzijds zijn er studies die een termijn van drie jaar⁶¹ of zelfs 5 jaar aanhouden⁶². Er wordt geen eenduidige definitie over de periode van niet-consultatie gehanteerd. Gezocht naar maat en getal van het fenomeen niet-komen, wordt door het CBS⁶³ opgegeven dat in 2004 zo'n 75% van de Nederlandse bevolking contact had met de huisarts; het wil zeggen dat een kwart van de bevolking géén beroep doet op de huisarts. Lamberts⁶⁴ geeft in zijn studie gegevens van niet-consultatie binnen een huisartsenpraktijk over een periode van 2 jaar (van 1-05-1997 tot 30-04-1981). Hij vond een percentage van rond de 30% patiënten die niet kwamen in het eerste jaar met vrijwel een gelijk percentage het tweede jaar. Gerekend over twee jaar bleek 17% het spreekuur van de huisarts niet bezocht te hebben. Beoordeeld naar de leeftijdsgroep patiënten die ouder waren dan 40 jaar, werd een 2 jaars niet-consultatie percentage gevonden van ruim 6%, opgebouwd uit respectievelijk bijna 8% manlijke en 5% vrouwelijke patiënten.

Beukema-Siebenga²⁴ deed in 1995 kwalitatief onderzoek via een methodologische opzet van een multiple case study naar het hoe en waarom van het fenomeen komen of niet-komen en operationaliseert het niet-komen naar een periode van 5 jaar en voegt in haar studie over achtergronden van het niet-consulteren daarbij nog de term zelden toe, waarbij zij een drietal redenen van komst indeelt bij niet-komen:

- a. contacten die verband houden met anticonceptie;
- b. contacten die voortvloeien uit bevolkingsonderzoek;
- c. contacten die plaats vinden op basis van min of meer verplicht gesteld gezondheidsgedrag, zoals bijvoorbeeld een reisvaccinatie.

Het belang van de studie is gelegen in het feit dat het onderzoek gedaan is aan de patiëntenkant van determinanten van medische consumptie en dat de resultaten ervan getoetst kunnen worden aan eerder genoemde theoretische en verklarende modellen van de premedische fase. Als antwoord op de vraag waarom men de huisarts zelden bezocht, kwamen de volgende conclusies naar voren:

- a. men maakt zich geen zorgen over de klachten;
- b. men heeft moeite met de ziekenrol en heeft geen “klachten” maar “last”;
- c. men is van mening dat men zich evengoed, of soms beter, zélf kan helpen;
- d. men verwacht weinig effect van hulp van de huisarts;
- e. in geval van psycho-sociale problemen vindt men dat de huisarts daarvoor geen hulp biedt;
- f. men ziet op tegen het bezoek aan een huisarts en is geneigd consultatie steeds uit te stellen.

Voor dit opzien tegen artsconsultatie worden vier verklaringen gegeven:

- 1. angst voor pijn;
- 2. angst voor een ernstige kwaal;
- 3. bang om voor triviale klachten beslag te leggen op de tijd van een huisarts;
- 4. bang het eigen ideaalbeeld geweld aan te doen, want vragen om hulp past niet in dat beeld.

Na literatuuronderzoek bleek met name de verklaring onder punt 4 (bang het ideaalbeeld geweld aan te doen) exclusief te zijn voor de onderzochte groep personen en lijkt het een reden die kenmerkend is voor het verschijnsel niet-consultatie.

In haar onderzoeksopzet worden geen invloeden onderzocht van (huis)artsgebonden factoren op medische consumptie. Ook speelden de huisartsen van de ingesloten patiënten een rol bij de selectie van de onderzoekspopulatie.

De conclusie lijkt gerechtvaardigd dat, hoewel er geen breed ondersteunend (inter)nationaal onderzoek voorhanden is, de gegevens van Beukema-Siebenga aansluiten bij eerder geschetste beschrijvende modellen van medi-

sche consumptie, waarbij het belang van kennis van de factoren die in de premedische fase een rol spelen, wordt aangetoond. Door haar studie wordt bevestigd dat persoonskenmerken van het individu en zijn of haar omgevingsfactoren een belangrijke attributie vormen voor consultatie-gedrag. Zo wordt nog eens duidelijk dat kennis van de context van de patient een sleutel vormt tot meer inzicht in diens hulpzoekend gedrag.

3.7 Hinder van plasklachten en beïnvloeding van seksualiteit

3.7.1 Het meten van de hinder

Om de invloed van de “bother” (hinder) van plasklachten te bepalen werd in de IPSS-scorelijst¹² een vraag toegevoegd die benoemd wordt als de voor BPH specifieke “Quality of Life-score”. Op de vraag, “als het plassen voor de rest van uw leven zou blijven zoals het nu is, hoe zou u zich daarbij voelen?”, kan op een score-breedte van nul (gelukkig) tot zes (verschrikkelijk) worden geantwoord.

Op deze manier is het mogelijk om naast inzicht in de zeven dimensies van de ernst van de klacht, ook een oordeel te krijgen over de mate van hinder die men van de klachten ondervindt.

Terwijl de IPSS-scorelijst één, algemeen georiënteerde, vraag stelt over hinder, wordt in de in Denemarken ontwikkelde Symptoomscorelijst DAN-PSS-1⁶⁵ per vraag over de ernst van de symptomen (12 vragen) een vraag over de “bother” gesteld. De achtergrond van de ontwikkeling van deze score-lijst was om een breder inzicht te krijgen over hinder die mannen van plasklachten in kwalitatieve zin ervaren en niet alleen in kwantitatieve zin de klachten te vertalen. Zo wordt per symptoom gevraagd naar de mate waarin de respondent dit als een probleem ervaart en wordt de hinderscore over 12 parameters van ernst beoordeeld. Aanvankelijk worden in de DAN-PSS-1 ook nog drie vragen gesteld die betrekking hebben op het seksueel functioneren. Bij de validatie van de DAN-PSS-1⁶⁶ worden deze vragen niet meer opgenomen. In 1998 werden in een studie van Hansen e.a.⁶⁷ de IPSS-scorelijst en de DAN-PSS-1 vergeleken waarbij men een positieve correlatie vond ($r = 0.61$), waarbij de Deense test op effectmeting na medicamenteuze behandeling sensitiever werd bevonden.

Zowel voor de IPSS-score als voor de DAN-PSS-1 geldt dat er een duidelijke correlatie bestaat tussen zowel de ernst die men ervaart van de klachten als de hinder die men ondervindt^{34, 67}. Het betekent dat de score van ernst en hinder in de regel gelijklopen: meer ervaren ernst betekent meer ervaren hinder en andersom, minder ernst geeft minder hinder.

Uitzonderingen zijn hierop mogelijk, zoals blijkt uit de bevinding van Jacobsen⁵⁰ e.a. bij een onderzoek naar determinanten van hulpzoekend gedrag (paragraaf 2.4), waarbij mannen meer hinder aangeven dan verwacht op grond van hun symptoomscore op ernst.

Samenvattend kan gesteld worden dat naast de kwantitatieve vragen over ernst van de plasklachten die mannen ervaren, aandacht is voor de subjectieve hinder die de klachten met zich mee kunnen brengen. Gestructureerde vragenlijsten zoals de IPSS-score hebben hiervoor een aparte “bother”vraag opgenomen om de invloed die de klachten hebben op de kwaliteit van leven te bepalen. De scores van ernst en hinder hebben in de regel een goede samenhang met elkaar, maar er zijn afwijkingen op die regel waarbij bijvoorbeeld mannen meer hinder opgeven dan voorspeld op grond van hun ernst-score.

3.7.2 Beïnvloeding van seksualiteit: plasklachten en erectiestoornissen

Plasklachten en erectiestoornissen komen veel voor bij oudere mannen, maar bestaat er een causale relatie? De vraag naar een causaal verband tussen plasklachten en erectiestoornissen wordt behandeld in een overzichtsartikel van Blanker en Dohle⁶⁴. Hoewel de relatie tussen plasklachten en erectiestoornissen evident is, is een causale relatie tussen beide klachten niet aangetoond. Hoewel bij patiënten zoals in de Boxmeer-studie⁶² wel een relatie werd gevonden tussen erectiestoornissen, prostaatontsteking en urineweginfecties, kunnen deze resultaten niet gegeneraliseerd worden, omdat het patiënten uit een geselecteerde groep betrof. Het waren patiënten die hun huisarts hadden bezocht met klachten en een verklarende diagnose hadden gekregen.

In de Krimpen-studie⁶³ wordt een duidelijke relatie gevonden tussen erectiestoornissen en plasklachten, maar geen relatie tussen erectiestoornissen en prostaatvergroting en uitstroombeperking. De bevinding dat voor erectiestoornissen en klinisch BPH geen causale relatie kon worden aangetoond, wordt bevestigd door de studie van Green⁶⁹ onder 427 Britse mannen. Zij noemden leeftijd als mogelijke verklaring.

Naast de directe vergelijking tussen plasklachten en erectiele disfunctie, onderzochten Frankel e.a.⁷⁰ de relatie tussen plasklachten en de hinder die plasklachten geven bij seksuele activiteit. Mannen met ernstige plasklachten hadden vaker het gevoel dat hun seksleven nadelig werd beïnvloed dan mannen met minder ernstige klachten. Dit resultaat wordt bevestigd door de Krimpen-studie.

Daarnaast is het van belang om erectiele disfunctie te onderscheiden van een erectiestoornis. Hengeveld en Gianotten⁷¹ stellen duidelijk dat de falen-

de erectie (ook wel erectiele disfunctie) niet het equivalent is van een ziekte, een erectiestoornis. Daarvoor dient de disfunctie aanhoudend of recidiverend op te treden én dient de betrokkene te lijden onder de aandoening met eventuele beperking van relationele of sociale aard. Wanneer bij bepaling van de prevalentie hiermee geen rekening wordt gehouden en iedere erectiele disfunctie zo tot ziekte wordt, worden te hoge prevalentiecijfers bepaald, zoals het geval is in de vaker geciteerde “Massachusetts male aging study” (MMAS)⁷². Volgens dit onderzoek is er sprake van een prevalentiecijfer van 52% in de groep mannen van 40-70 jaar welke betrekking heeft op een minimale tot complete erectiele disfunctie.

Meuleman e.a.⁷³ rapporteerden als resultaat van hun onderzoek naar erectiestoornissen van mannen van 40-79 jaar een prevalentiecijfer van 13%. Zij legden in hun onderzoek wél het accent op de subjectieve beleving en de last die men ervan ondervond en niet zozeer op de functionele aspecten van de erectie. Zij bevestigden het gegeven dat de samenhang tussen erectiestoornis en de mate waarin men hiervan hinder ondervond minder sterk was in de hogere leeftijdsgroep: 64% van de mannen van 40-49 jaar met een erectiestoornis en slechts 27% van de mannen van 70-79 jaar met een erectiestoornis beantwoorden de vraag “in welke mate heeft u uw vermogen een erectie te krijgen en te behouden in de afgelopen maand als een probleem ervaren?” met een groot probleem of een middelgroot probleem.

Ook Blanker⁷⁴ e.a. komen in de Krimpen-studie (zie ook paragraaf 2.1) tot prevalenties onder mannen van 50-78 jaar van 24% lichte en 11% ernstige erectiele disfunctie. Zij stellen niet alleen vragen over erectiele disfunctie, echter ook naar de ervaren hinder bij vermindering ervan. Bij het stijgen van de leeftijd nam de hinder af. Bij mannen van 70-78 jaar was de prevalentie van ernstige erectiele disfunctie 26%, maar slechts 21% van de mannen beschouwden dit als probleem.

Tabel 9 Gecorrigeerde prevalentie (in procenten) van erectiestoornissen (“erectiele disfunctie” en “lijden aan erectiele disfunctie”) in onderzoek in Boxmeer en Krimpen aan den IJssel.

leeftijdsgroep in jaren	prevalentie Boxmeer (n=1233)	prevalentie Krimpen (n=1688)
40-49 jr.	4%	
50-59 jr.	3%	3%
60-69 jr.	8%	8%
70-79 jr.	10%	9%

Bron: Hengeveld e.a.⁶⁸

Wanneer Hengeveld en Gianotten een erectiestoornis definiëren als een erectiele disfunctie met een voor de betrokkene duidelijke hinder corrigeren zij de Boxmeer-en Krimpen-studies tot de waarden vermeld in tabel 9.

Concluderend kan gesteld worden dat plasklachten en erectiestoornissen veel voorkomen bij oudere mannen, maar een causale relatie is niet aantoonbaar. Het feit dat zij een vaste combinatie lijken te vormen geeft een vertekend beeld; één van de verklaringen hiervoor zou kunnen zijn dat artsen bij mannen met mictieklachten vaker doorvragen naar het seksueel functioneren dan wanneer patiënten zich met een ander probleem op het spreekuur melden.

Het is belangrijk om erectiestoornissen niet alleen te benoemen als functiestoornis op zich, maar te verbinden aan de subjectieve hinder die men van de stoornis ervaart. Op die manier worden meer reële prevalentiecijfers weergegeven dan wanneer men deze hinder niet meeneemt in de definitie van stoornis, ziekte. Hinder van erectiestoornissen worden vooral in de jongere leeftijdsgroepen beleefd als probleem; bij het ouder worden neemt de bother af.

3.8 Literatuur

- 1 Wolters RJ, Spigt MG, Van Reedt Dorland PFH, Gercema AJ, Klomp MLF, Romeijnders ACM, Starreveld JS. NHG-Standaard Bemoeilijkte mictie bij oudere mannen (tweede herziening), Huisarts Wet 2004; 47(12): 571-86.
- 2 Gebel RS, Lamberts H. ICPC – 1 met Nederlandse subtitels. 4e ed. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap 2000.
- 3 Abrams P. New words for old: lower urinary tract symptoms for 'prostatism'. BMJ 1994; 308: 929-930.
- 4 Blanker MH. Normal values and determinants of urogenital tract (dys)function in older men: the Krimpen Study. Dissertatie 2002. Rotterdam.
- 5 Hald T. Urodynamics in benign prostate hyperplasia: a survey. Prostate Suppl 1989; 2: 69-70.
- 6 Concepttekst richtlijn : Diagnostiek en behandeling LUTS/BPH; Nederlandse Vereniging voor Urologie september 2003.
- 7 Offringa M, Assendelft WJJ, Scholten RJPM. Inleiding in de evidence-based medicine. Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu Van Loghem; 2003.
- 8 Bosch JHLR, Hop WCJ, Kirkels WJ, Schröder FH. The International Prostate Symptom Score in a community-based sample of men between 55 and 74 years of age: prevalence and correlation of symptoms with age, prostate volume, flow rate and residual urine volume. Br J Urol 1005; 75: 662-630.
- 9 Britton P, Dowell AC, Whelan P. Prevalence of Urinary Symptoms in Men Aged over 60. Br J Urol 1990; 66: 173- 176.
- 10 Garraway WM, Collins GN, Lee RJ. High prevalence of benign prostatic hypertrophy in the community. Lancet 1991; 338: 496-71.
- 11 McKelvie GB, Collins GN, Hehir M, Rogers ACN. A Study of Benign Prostatic Hyperplasia – a Challenge to British Urology. Br J Urol 1993; 71: 38-42.
- 12 Chute GC, Panser LA, Girman CJ, Oesterling JE, Guess HA, Jacobsen SJ, Lieber MM. The Prevalence of Prostatism: A population-Based Survey Of Urinary Symptoms. Journal Urol 1993; 150: 85-89.
- 13 Barry MJ, Fowler FJ, O'Leary MP, Bruskewitz RC, Holtgrewe HL, Mebust WK, Cockett ATK, and the Measurement Committee of the American Urological Association. The American Urological Association symptom index for benign prostatic hyperplasia. J Urol 1992; 148:1549.
- 14 Trueman P, Hood SC, Nayak USL, Mrazek MF. Prevalence of lower urinary tract symptoms and self-reported diagnosed 'benign prostatic hyperplasia' and their effect on quality of life in a community-based survey of men in the UK. BJU Int 1999; 83: 410-415.
- 15 Tsukamoto T, Kumamoto Y, Masumori N et al. Prevalence of prostatism in Japanese men in a community-based study with comparison to a similar American study. J Urol 1995; 154 (2): 391-395.
- 16 Guess HA, Chute CG, Garraway WM et al. Similar levels of urological symptoms have similar impact on Scottish and American men—although Scots report less symptoms. J Urol 1993; 150 (5 Pt 2): 1701-5.
- 17 Sagnier PP, Girman CJ, Garraway M et al. International comparison of the community prevalence of symptoms of prostatism in four countries. Eur Urol 1996; 29 (1): 15-20.
- 18 Wolfs GGMC, Knottnerus JA, Janknegt RA. Prevalence and Detection of Micturition Problems among 2.734 elderly men. J Urol 1994; 152: 1467-1470.
- 19 Blanker MH, Groeneveld FPMJ, Prins A, Bernsen RM, Bohnen AM, Bosch JL. Strong effects of definition and nonresponse bias on prevalence rates of clinical benign prostatic hyper-

- plasia: the Krimpen study of male urogenital tract problems and general health status. BJU Int 2000 a; 85: 665-71.
- 20 Wolters R, Wensing M, Van Weel C, Van der Wilt GJ, Grol RPTM. Lower urinary tract symptoms: social influence is more important than symptoms in seeking medical care. BJU Intl 2002; 90: 655-661.
 - 21 Dijkstra D, Schouten MA, Lagro-Janssen ALM. Benigne prostaathyperplasie in vier huisartsenpraktijken. Huisarts Wet 2003; 46(3): 133-37.
 - 22 Lagro-Janssen ALM. Urine-incontinentie bij vrouwen in de huisartspraktijk [dissertatie]. Nijmegen 1991.
 - 23 van der Linden MW, Westert GP, de Bakker DH, Schellevis FG. Klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartspraktijk. Tweede Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk; Nivel / RIVM 2004.
 - 24 Garraway WM, Amstrong C, Auld S, King D, Simpson RJ. Follow-up of a Cohort of Men with Untreated Benign Prostatic Hyperplasia. Eur Urol 1993; 24: 313-318.
 - 25 Jacobsen SJ, Girman CJ, Guess HA, Rhodes T, Oesterling JE, Lieber MM. Natural history of prostatism: longitudinal changes in voiding symptoms in community dwelling man. J Urol 1996; 155(2): 595-600.
 - 26 Lee AJ, Garraway WM, Simpson RJ, Fisher W, King D. The Natural History of Untreated Lower Urinary Tract Symptoms in Middle-Aged and Elderly Men over a Period of Five Years. Eur Urol 1998; 34 (4): 325-332.
 - 27 Temml Chr, Brössner C, Schatzl G, Ponholzer A, Knoop L, Madersbacher S. The natural history of lower urinary tract symptoms over five years. Eur Urol 2003; 43: 374-80.
 - 28 Beukema-Siebenga H ; To go or not to go. An explorative study on people who seldom consult a general practitioner [dissertatie]. Rijksuniversiteit Groningen, 1995.
 - 29 Cassee E. Naar de dokter: enkele achtergronden van ziektegedrag en gezondheidszorg. 1973. Meppel. Boom.
 - 30 Last LM, The iceberg: completing the picture in general practice. Lancet 1963; 11; 28-31.
 - 31 Folmer HR ; Huisarts en ijsberg. Een onderzoek naar het voorkomen van lichamelijke klachten , de vraag naar doktershulp en de aangetoonde ziektes bij de bewoners van een kustdistrict in noord- Noorwegen [dissertatie]. Rijksuniversiteit Utrecht, 1968.
 - 32 Lisdonk EH van de ; Ervaren en aangeboden morbiditeit in de huisartsenpraktijk [dissertatie]. Katholieke Universiteit Nijmegen, 1985.
 - 33 Kooyker S. Illness in everyday life. A health diary study of common symptoms and their consequences.[Dissertatie].1996. Rijks Universiteit Groningen.
 - 34 Sonke GS, Kolman D ,Rosette de la JMMCH, Donkers LHC, Boyle P, Kiemeny LALM. Prevalentie van lagere urinewegsymptomen bij mannen en de invloed op hun kwaliteit van leven: het Boxmeer- onderzoek. Ned Tijdschr Geneesk 2000; 144(53):2558-63.
 - 35 Anderson RM. Behavioral model of families' use of Health Services. Research Series No 25. Chicago, IL: Center for Health Administration Studies, University of Chicago, 1968.
 - 36 Anderson RM, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. Milban Memorial Fund Quarterly 1973; 51: 95-124.
 - 37 Mootz M ; De patiënt en zijn naasten. De invloed van houdingen in het persoonlijk netwerk van de patiënt op zijn medische consumptie [dissertatie]. Rijksuniversiteit Limburg, 1981.
 - 38 Aakster CW, Kuiper G ; Leerboek medische sociologie. Hierin: hulpzoekend gedrag, M. Mootz . P 210-9 Wolters Noordhoff 1984.
 - 39 Lindert H van, Droomers M, Westert GP. Een kwestie van verschil: Verschillen in zelfgerapporteerde leefstijl, gezondheid en zorggebruik. Tweede Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. Nivel 2004.

- 40 Lege W de. Medische consumptie in de huisartsenpraktijk op Urk [dissertatie].Rijks Universiteit Groningen 2002.
- 41 RVZ-rapport Passend Gebruik. Cliënt en Raad 2005; 6: 10-12.
- 42 Lisdonk, van de EH. Een klacht ... en dan? In: Het geneeskundig proces. Klinisch redeneren van klacht naar therapie.
- 43 Post D, Vennix JAM (redactie). De Gezondheidszorg in Model; Ons complex zorgsysteem gemeten en gewogen. Bohn Stafleu Van Loghum 1992.
- 44 Simpson RJ, Lee RJ, Garraway WM, Kind D, McIntosh I. Consultation patterns in a community survey of men with benign prostatic hyperplasia. Br J Gen. Pract 1994; 44: 499-502.
- 45 Jacobsen SJ, Guess HA, Panzer L et al. A population-based study of health care-seeking behavior for treatment of urinary symptoms. The Olmsted County Study of Urinary Symptoms and Health Among Men. Arch. Fam Med 1993; 2: 729-735.
- 46 Jacobsen SJ, Girman CJ, Guess HA et al. Do prostate size and urinary flow rates predict health care-seeking behavior for urinary symptoms in men? Urology 1995; 45 (1): 64-9.
- 47 Sprangers MA, Swartz CE. Integrating response shift into health-related quality of life research: a theoretical model. Soc. Sci Med 1999; 48: 1507-15.
- 48 Jolleys JV, Donovan JL, Nanchabel K, Peters TJ, Abrams P. Urinary symptoms in the community: how bothersome are they? Br J Urol 1994; 74(5): 551-5.
- 49 Cunningham-Burley S, Sullivan MP, Garraway WM, Lee AJ, Russell EB. Perceptions of urinary symptoms and health-care seeking behaviour amongst men aged 40-79 years. Br J Gen Pract 1996; 46: 349-52.
- 50 Wolfs GC, Knottnerus JA, Van der Horst FG, Visser AP, Janknegt RA. Determinants of doctor consultation for micturition problems in an elderly male population. Eur Urol 1998; 33(1): 1-10.
- 51 Macfarlane GJ, Sagnier PP, Richard F, Teillac P, Botto H, Boyle P. Determinants of treatment-seeking behaviour for urinary symptoms in older men. Br J Urol 1995; 76(6): 714-8.
- 52 Jacobsen SJ, Girman CJ, Guess HA et al. Natural history of prostatism: factors associated with discordance between frequency and bother of urinary symptoms. Urology 1993; 42 (6): 663-71.
- 53 Sladden MJ, Hughes AM, Hirst GH, Ward JE. A community study of lower urinary tract symptoms in older men in Sydney, Australia. Aust N Z J Surg 2000; 70: 322-8.
- 54 Brown CT, Flynn E, Van der Meulen J, Newman S, Mundy AR, Emberton M. The fear of prostate cancer in men with lower urinary tract symptoms: should symptomatic men be screened? BJU Int 2003; 91: 30-2.
- 55 Klomp MLF, Gercama AJ, De Jonge-Wubben JGM et al. NHG-Standaard Bemoeilijkte Mictie bij Oudere Mannen. Huisarts Wet 1994; 37: 357-65.
- 56 Klomp MLF, Gercama AJ, De Jonge-Wubben JGM et al. NHG-Standaard Bemoeilijkte Mictie bij Oudere Mannen (eerste herziening). Huisarts Wet 1997; 40 (3): 114-24.
- 57 Norg RJC, Winkens RAG, van Schayck CP, Knottnerus JA. Mictie, moeilijke. In: de Vries H, de Jongh TOH, Grundmeier HGL, redacteurs. Diagnostiek van alledaagse klachten II. Bohn Stafleu Van Loghum ; Houten 2003.
- 58 Okkes IM, Oskam SK, Lamberts H. Van klacht naar diagnose. Bussum: Coutinho, 1998.
- 59 Cardol M, van Dijk L, de Jong JD, de Bakker DH, Westert GP. Tweede Nationale Studie Naar Ziekten en Verrichtingen In De Huisartspraktijk; Huisartsenzorg: Wat Doet De Poortwachter? Nivel / RIVM 2003.
- 60 Kessel N, Shepherd M. The health and attitude of people who seldom consult a doctor. Medical Care 1965; 3: 6-10.

- 61 Noakes J. Patiënten not seen in three years: will invitations for health checks be of benefit? *Br J Gen Practice* 1991; aug.: 335-338.
- 62 Baker CD. Non attenders in general practice. *J Royal College Gen Pract* 1976;26: 404-409.
- 63 Centraal Bureau voor de Statistiek, Voorburg/Heerlen, 2005.
- 64 Lamberts H, Meads S, Wood M, Waarom gaat iemand naar de huisarts? Een internationale studie met de Reason for Encounter Classification. *Huisarts Wet* 1984; 27: 234-244.
- 65 Meyhoff HH, Hald T, Nordling J, Andersen JT, Bilde T, Walter S. A New Patiënt weighted Symptom Score System (DAN-PSS-1). *Scand J Urol Nephrol* 1993; 27: 493-99.
- 66 Hansen BJ, Flyger H, Brasso K, Nordling J et al. Validation of the self-administered Danish Prostatic Symptom Score (DAN-PSS-1) system for use in benign prostatic hyperplasia, *B J Urology* 1995; 76: 451-58.
- 67 Hansen BJ, Mortensen S, Mensink HJA et al. Comparison of the Danish prostatic symptom score with the International Prostatic Symptom Score, the Madsen-Iversen and Boyarski symptom indexes. *Br J Urol* 1998; 81: 36-41.
- 68 Girman CJ, Jacobsen SJ, Tsukamoto T, et al. Health related quality of life associated with lower urinary tract symptoms in four countries. *Urology* 1998; 3: 428-36.
- 69 Green JS, Holden ST, Bose P, George DP, Bowsher WG. An investigation into the relationship between prostate size, peak urinary flow rate and male erectile dysfunction. *Int J Impt Res* 2001; 13: 322-5.
- 70 Frankel SJ, Donovan JL, Peters TI et al. Sexual dysfunction in men with lower urinary tract symptoms. *J Clin Epidemiol* 1998; 51: 677-85.
- 71 Hengeveld MW, Gianotten WI. Erectiestoornissen: de actuele situatie. *Ned Tijdschr Geneesk* 2001; 145 (29): 1381-84.
- 72 Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, Krane RJ, McKinlay JB. Impotence and its medical and psychological correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *J Urol* 1994; 151: 54-61.
- 73 Meuleman EJH, Donkers LHC, Robertson C, Keech, Boyle P, Kiemeny LALM. Erectiestoornis: prevalentie en ervaren hinder. *Ned Tijdschr Geneesk* 2001; 145 (29): 1404-09.

MANNEN MET PLASKLACHTEN: WIE KOMT ER OP HET SPREEKUR VAN DE HUISARTS?

Samenvatting

Inleiding

In dit hoofdstuk worden de eerste twee onderzoeksvragen behandeld: 1. welke mannen gaan naar de huisarts met plasklachten, wat is hun reden van komst en 2. hoe is het handelen van de huisarts ten aanzien van de aangeboden klachten?

Methode

Gebruik wordt gemaakt van gegevens verkregen door dwarsdoorsnede-onderzoek, waarbij door middel van vragenlijsten informatie van de ingesloten patiënten en deelnemende huisartsen wordt geëvalueerd. Zo wordt aan mannen van 50 jaar en ouder die met plasklachten op het spreekuur van de huisarts kwamen (de komers) gevraagd met welke reden zij de dokter bezochten, welke ernst en hinder zij van hun klachten ervaarden en welke invloed het klachtenniveau had op hun kwaliteit van leven. Tevens werd aan hen gevraagd informatie te geven over de beleving van hun gezondheid, over angst voor prostaatkanker, over hun geneigdheid doktershulp in te roepen en of er in hun omgeving mensen waren die op de hoogte waren van hun klachten en suggesties hadden gegeven hoe met de klachten om te gaan. Zij werden gevolgd in hun gang door de huisartsenpraktijk waarbij ook beoordeling plaatsvond van het handelen van de huisarts tijdens het eerste consult.

Analyse vond plaats naar de invloed van de kenmerken van de komer op de ernst van de klachten, op samenhang tussen ernst en hinder van de klachten en naar de samenhang van specifieke kenmerken van de komer en de ernst van de klachten.

Resultaten

Van 167 mannen werd de set vragenlijsten (vragenlijst 1.1) ontvangen en verwerkt. De komers werden door 55 huisartsen geselecteerd in het jaar 2000.

De algemene kenmerken van de komer

De leeftijd: de helft van de ingesloten patiënten was jonger dan 62 jaar en de gemiddelde leeftijd bedroeg 64 jaar. De leeftijd, verdeeld in twee klassen (hoog-laag), had geen invloed op de ernst van de klachten.

De sociaal economische status: ruim de helft van de onderzoeksgroep was met pensioen of vroegd gestopt met werken. Van de patiënten had 41% een hoog opleidingsniveau en 60% een laag

opleidingsniveau. Het hebben van werk had, evenals het niveau van opleiding, geen invloed op de ernst van de klachten.

Hulpzoekend gedrag: verdeeld over 3 klassen naar de frequentie waarmee hulp wordt ingeroepen bij alledaagse klachten zegt een kwart van de mannen weinig hulp te zoeken, 62% van de komers doen dit matig frequent en 14% van hen zegt vaak hulp te zoeken. Er is geen correlatie tussen de mate van hulpzoekend gedrag en de ernst van de klachten aangetoond.

Co-morbiditeit: bij 50% van de komers was sprake van co-morbiditeit. Het hebben van co-morbiditeit had geen invloed op de ernst van de klachten waarmee men de huisarts bezocht.

De algemene gezondheidstoestand: de vergelijking met een referentiegroep van patiënten met claudicatio intermittens, geeft op alle dimensies van de vragenlijst over de beleving van de algemene gezondheidstoestand (Rand-36) een betere beleving van gezondheid door de komer-groep.

De klachten-specifieke kenmerken van de komer

De ernst van de klachten: 32 mannen (19%) bleken geen of lichte klachten te hebben, 91 mannen (55%) matige klachten en 44 mannen (26%) ernstige klachten. Gemiddeld bedroeg de ernst 14,3 punten (95% BI 13,3 - 15,4) op een schaalverdeling van 0 - 35 punten (geén tot ernstig).

De hinder van de klachten: 39 mannen (23%) hadden geen of weinig hinder, 81 mannen (49%) hadden matige klachten en 47 mannen (28%) hadden ernstige hinder. De gemiddelde hinder van de klachten bedroeg 17,2 punten (95% BI 16,5 - 17,9) waarbij de schaalverdeling loopt van 7 - 28 punten (geén tot ernstig).

Er werd een positieve correlatie aangetoond tussen de mate van klachten en de mate van hinder die zij van hun klachten ondervonden.

Bezorgdheid over de klachten: men sprak vooral bezorgdheid uit over de eigen klachten en over het krijgen van prostaatkanker. Angst om op een dag niet meer te kunnen plassen stond minder op de voorgrond. Er werd een positieve maar zwakke samenhang gevonden tussen de mate van klachten en de mate van bezorgdheid.

Kijk op prostaatklasten: het merendeel van de mannen vindt prostaatklasten zeer hinderlijk. Er heerst veel onwetendheid bij de beantwoording van de vragen over de wenselijkheid van operatie van de prostaat, over de noodzaak tot operatie en de beïnvloeding van seksualiteit door een prostaatoperatie.

De reactie van de omgeving: 59% van de komers had een reactie op hun plasklachten gekregen uit de omgeving. De echtgenote/partner reageerde het meest frequent (91%) gevolgd door de familieleden (24%). De komers vonden dat de suggesties die men kreeg uit de omgeving niet behulpzaam waren om makkelijker met de klachten om te gaan.

Kwaliteit van leven: de beïnvloeding door plasklachten op de kwaliteit van leven en op het ondernemen van dagelijkse activiteiten was relatief gering, terwijl veel meer mannen aangaven dat de plasklachten hun beleving van seksualiteit hadden beïnvloed. Er werd een significante samenhang gevonden tussen de ernst van de klachten en de mate van beperking van kwaliteit van leven. De samenhang gold het sterkst voor de fysieke beperking van kwaliteit van leven, in mindere mate voor de mentale beperking en het minst voor de beperking van seksualiteit.

De reden van komst

Beoordeling door de komer-zelf: er werden 329 redenen van komst geregistreerd waarbij als meest frequente reden van komst angst voor kanker of infectie werd opgegeven (11%), gevolgd door bemoeilijkt plassen (9%) en vaak plassen (8%).

Volgens de komers werd hun komst in 5% van de gevallen bepaald door de omgeving.

Beoordeling door de huisarts: de huisartsen registreerden 302 redenen van komst waarvan bijna een kwart betrekking had op klachten over frequente mictie en aandrang tot plassen. 's Nachts eruit moeten om te plassen en het ervaren van een slappe urinestraal werden in 10% van de gevallen als contactredenen opgegeven. Angst voor kanker of infectie werd 13 maal (4%) door de huisartsen geregistreerd.

De huisarts en het consult van de komer

Het onderzoek: de huisarts verricht bij het merendeel van de patiënten lichamelijk onderzoek (96%), meestal gericht op lichamelijk onderzoek van de onderbuik (65%). Rectaal onderzoek werd bij 151 patiënten (89%) verricht.

De diagnose na het eerste consult : er werden 208 diagnoses gesteld verdeeld over 38 ICPC-codes. De diagnose bemoeilijkte mictie (ICPC-code Y85 en Y06) werd het meest frequent benoemd (63%). Van de andere diagnoses hebben 11% betrekking op ontstekingen van de urinewegen en bij 7 mannen (4%) wordt kanker van de urinewegen of prostaat als begindiagnose gesteld.

Van de mannen werden er 77 (46%) gerustgesteld en/of kregen zij advies, terwijl aan 33% van de mannen medicatie werd voorgeschreven. Verwijzing vond bij 21% van de mannen plaats.

Conclusie

De komer is een man van gemiddeld bijna 64 jaar die zich op het spreekuur meldt met matige klachten. Vanuit zijn optiek is bezorgdheid voor kanker van de urinewegen of prostaat een belangrijke reden van komst naast het hebben van plasklachten. Beoordeeld op beperkingen van kwaliteit van leven heeft de komer matig last van zijn klachten: fysiek is hij het minst beperkt, mentaal iets meer en de beperking van seksualiteit wordt het sterkst ervaren. De huisarts vindt dat vooral de plasklachten een reden van komst zijn en in mindere mate de angst voor kanker, terwijl voor de komer de angst voor kanker een hogere prioriteit heeft. Tijdens het consult wordt eigenlijk altijd een gericht lichamelijk onderzoek gedaan, inclusief rectaal onderzoek. De huisarts stelt bijna de helft van de mannen gerust en verwijst in een vijfde van de gevallen naar de uroloog voor specialistisch onderzoek. Medicijnen worden bij een derde van de komers voorgeschreven.

4.1 Inleiding

Plasklachten bij mannen worden in de regel gezien als een typisch probleem van het ouder worden. Goedaardige groei van de prostaat wordt tra-

ditioneel hiervoor verantwoordelijk gehouden, wat tot uiting komt in de naam prostatisme-klachten of alleen prostatisme. Ontwikkelingen in de geneeskunde maken duidelijk dat naast goedaardige prostaatvergroting, BPH (Benigne Prostaat Hyperplasie), ook andere factoren een rol spelen bij het krijgen van plasklachten, zoals verandering van functie van de blaas. Het gevolg van een bredere, meer multicausale kijk op de ontstaanswijze van klachten bij de mictie, wordt verwoord in een andere naamgeving: Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS)¹.

Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) hanteert in de door haar uitgegeven Standaard² de term bemoeilijkte mictie voor dit klachten-complex, dat wordt beschreven als een verandering van de mictie die leidt tot klachten als het moeilijk op gang komen van de mictie, een zwakkere straal, moeilijk te bedwingen aandrang, minder goed uitplassen en toegenomen mictiefrequentie overdag en 's nachts. In dit onderzoek wordt hiervoor de benaming plasklachten gehanteerd.

Plasklachten kunnen last en hinder geven, waarbij de ene man meer functionele beperkingen ervaart dan de andere. Gemeten in de open populatie bestaat er een aanzienlijk percentage mannen met klachten die zich niet bij de huisarts melden^{3,4,5,6,7,8,9}.

Verborgен leed? Advertentiecampaagnes van de farmaceutisch industrie lijken dit gevoel te versterken. In ieder geval zijn de therapeutische mogelijkheden om plasklachten te behandelen door de komst van medicijnen verruimd en is het aantal operatieve ingrepen voor deze indicatie sterk verminderd.

Een voorbeeld uit de eigen praktijk geeft inzicht in de reden waarom een 58 jarige man het spreekuur bezocht:

“Ik kan wat moeilijker mijn plas ophouden en ook moet ik vaker plassen.

Kan prostaatkanker hier een verband mee hebben ?

Een en ander overziende leek het mij en mijn huisgenoten een reden om langs de huisarts te gaan voor advies”.

In dit hoofdstuk worden de patiënten gevolgd in hun gang door de huisartsenpraktijk waarbij de volgende deelvragen aan de orde komen:

- Welke algemene kenmerken hebben de mannen die met plasklachten bij de huisarts komen? Welke invloed hebben deze kenmerken op de ernst van hun klachten? (4.3.2)
- Wat zijn hun klachten-specifieke kenmerken? (4.3.3)
- Wat is hun reden van komst? (4.3.3)
- Wat doet de huisarts met de aangeboden klacht? (4.3.4)

4.2 Patiënten en Methoden; de selectie van de onderzoeksgroep

Aan manlijke patiënten die zich met plasklachten bij de huisarts presenteerden, werd gevraagd om op vrijwillige basis mee te doen met een onderzoek naar plasklachten.

De huisarts vroeg hen hiervoor toestemming. Indien accoord, kregen zij schriftelijke informatie mee over het onderzoek én de eerste vragenlijst met het verzoek deze op te sturen naar de onderzoeker. Zij kregen op deze wijze informatie over de aard en de opzet van het onderzoek en de waarborg voor anonieme verwerking van hun gegevens. Door het insturen van deze eerste vragenlijst, gaven zij hun toestemming om aan het onderzoek mee te doen. Zij werden op deze manier als patiënten van de komer-groep ingesloten door de deelnemende huisartsen volgens de criteria beschreven in hoofdstuk 2, “Opzet van het onderzoek”.

De onderzoeksdata werden verzameld via vragenlijsten welke na het bezoek aan de huisarts door de komer werden ingevuld. De gemodificeerde IPSS-vragenlijst werd gebruikt voor inventarisatie van de ernst en hinder van de klachten. De BPH-specific Health Related Quality of Life Questionnaire (QoL-9) werd gebruikt voor meting van de invloed van plasklachten op kwaliteit van leven. De Rand-36 werd gebruikt voor bepaling van de algemene gezondheidstoestand. De hulpvraag van de komer werd geïventariseerd door het stellen van een open vraag naar de reden van komst op het spreekuur. Tenslotte werden via vragenlijsten gegevens verzameld welke invloed zouden kunnen hebben op spreekuurbezoek:

- geneigdheid een huisarts te bezoeken
- eigen perceptie van klachten
- invloed van de omgeving op plasklachten
- zorg over de klachten
- de sociaal economische status (SES)
- demografische gegevens

De hierboven genoemde vragenlijsten werden gebundeld tot vragenlijst 1.1 waarvan de samenstelling wordt verantwoord in Hoofdstuk 2, “Opzet van het onderzoek”.

De huisartsen verzamelden data van de komer door het invullen van het Selectieformulier waarvan de samenstelling wordt verantwoord in Hoofdstuk 2, “Opzet van het onderzoek”. Gegevens over de reden van komst, het lichamelijk onderzoek, de diagnose, de actie die volgde en de aanwezigheid van co-morbiditeit en chronische medicatie werden op die manier verzameld.

De diagnoses die de huisarts stelde bij het eerste consult van de komer (begindiagnoses) werden ingedeeld in *diagnosegroep 1* en *diagnosegroep 2* met als doel een onderscheid te maken tussen de groep met de diagnose “Bemoeilijkte mictie” en “Andere diagnoses”.

Diagnosegroep 1 werd gevormd door de ICPC-codes BPH (Y85) gecombineerd met ICPC-code symptomen/klachten prostaat (Y06) en de hieraan verwante diagnoses met de ICPC-codes U01 (pijnlijke mictie), U02 (frequente mictie/urinelozing), U04 (urine-incontinentie), U05 (andere mictieproblemen en U07 (andere symptomen/klachten urine).

Diagnosegroep 2, werd gevormd uit de ICPC-codes ontsteking van de urinewegen of prostaat (ICPC-code U 70, U71, U72 en Y 73 en Y 74.0) en kanker van de urinewegen of prostaat (ICPC-code U76 en Y77) aangevuld met een restgroep.

Op grond van het design werd bepaald dat minimaal 150 ingesloten patiënten nodig waren voor een verantwoorde analyse van de gegevens. Voor analyse van de onderzoeksgegevens werd gebruikt gemaakt van het statistisch pakket SAS¹⁰ versie 8. Ordinale schalen zijn opgevat als intervalschalen en gemiddelden zijn berekend om de vergelijking met het literatuuronderzoek te kunnen maken. Verschillen tussen gemiddelden en veranderingen tussen gemiddelden zijn getoetst met de F-toets (proc GLM). Bij afwijkingen van normaliteit is, voordat de F-toets werd berekend, een geschikte transformatie van de data toegepast.

Bij vergelijking van veranderingen tussen groepen is, naast de toets op de gemiddelde verandering, ook rekening gehouden met de uitgangswaarden op T0. Zowel bij de Chi-kwadraattoets als bij de F-toets worden overschrijdingskansen van minder dan 5% statistisch significant genoemd. Bij de interpretatie van correlatiecoëfficiënten is de volgende indeling gehanteerd: correlaties ≤ 0.39 werden als zwak benoemd, 0.40 - 0.59 als matig en ≥ 0.60 als sterk.

4.3 Resultaten

4.3.1 De insluiting van de patiënten door de huisartsen.

Van 167 mannen werden de ingestuurde vragenlijsten geanalyseerd. Zij werden geselecteerd door 55 huisartsen die allen het Selectieformulier instuurden. De gegevens en de verantwoording van de insluitingsfase worden vermeld in hoofdstuk 2, “Opzet van de studie”.

Van de groep van 167 mannen bezochten 165 het spreekuur; bij 2 mannen werd een huisbezoek afgelegd: 1 man was aan huis gebonden door een

andere ziekte (chron.lymfatische leukemie, ICPC-code B73.1) en 1 man was ziek te bed met koorts (prostatitis, ICPC-code Y73).

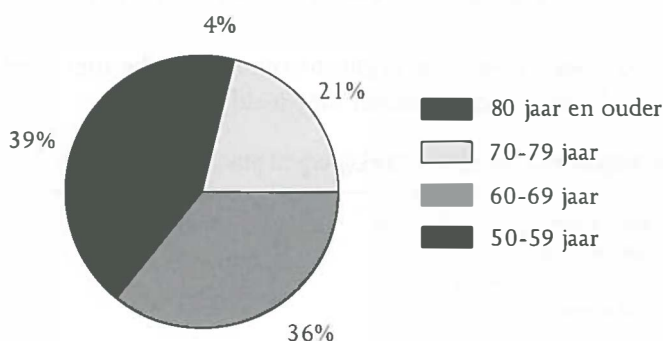
4.3.2 De algemene kenmerken van de komers

De leeftijd van de komer

Van de komers waren 85 mannen 62 jaar of jonger, 82 mannen waren ouder dan 62 jaar.

De gemiddelde leeftijd bedroeg 63,6 jaar.

De leeftijdsverdeling van de ingesloten groep mannen is ingedeeld in 4 categoriën (zie figuur 4.1).



Figuur 4.1 Leeftijdsindeling onderzoeksgroep komers in procenten (n=167).

De leeftijd, beoordeeld voor de groep van 62 jaar of jonger en voor de groep ouder dan 62 jaar, had geen invloed op de ernst van de klachten waarmee men de huisarts bezocht (RR 0,8; 95% BI 0,43 – 1,48).

Arbeidssituatie en opleiding; de sociaal economische status (SES)

Van de mannen uit de onderzoeksgroep had 34% werk. Van de niet-werkers gaf ruim 50% aan met pensioen of vervroegd gestopt te zijn met werken. Binnen de groep zonder werk waren 21 mannen (13%) arbeidsongeschikt. Binnen de groep mannen mét werk (34%) werkte het merendeel (94%) meer dan 20 uur per week (zie tabel 1).

Het hebben van werk (wel/niet) had geen invloed op de ernst van de klachten waarmee men de huisarts bezocht (RR 1,02; 95% BI 0,55 – 1,87).

Van de onderzoeksgroep gaven 99 mannen (60%) aan dat zij een zogenaamd lager opleidingsniveau hadden.

Tabel 1 Arbeidssituatie van de onderzoeksgroep in procenten (n=167).

zonder werk	2%
arbeidsongeschikt	13%
pensioen/vut	51%
werk < 20 uur	2%
werk > 20 uur	32%

Zij doorliepen het lager onderwijs, het lager beroeps onderwijs, het middelbaar algemeen onderwijs en middelbaar beroepsonderwijs.

Van de onderzoeksgroep voltooiden 63 mannen (40%) een hogere opleiding.

Van 5 (1%) mannen werden gegevens ontvangen die niet duidelijk in een herkenbare klasse konden worden ingedeeld (zie tabel 2).

Tabel 2 Opleidingsniveau van de onderzoeksgroep in procenten (n=167).

laag: 60%	lager onderwijs	11%
	lager beroeps	18%
	middelbaar algemeen	17%
	middelbaar beroeps	14%
hoog: 40%	voortgezet algemeen	7%
	hbo	24%
	wetenschappelijk	6%
	anders	2%
	weet niet	1%

Het opleidingsniveau (laag/hoog) had geen invloed op de ernst van de klachten (RR 1,08, 95% BI 0,58 - 2.01).

Geneigdheid de huisarts te bezoeken

De mate waarin de komer geneigd is hulp te zoeken bij de huisarts, werd gemeten met negen vragen, waarin per vraag een korte beschrijving werd gegeven van een aantal klachten waarvoor men hulp zou kunnen vragen van een dokter (zie tabel 3).

De komers werden ingedeeld naar de frequentie waarop men een positief antwoord gaf op één van de negen vragen betreffende hulpzoekend gedrag: Categorie 1 (weinig frequente consultatie), minder dan driemaal "ja": 25% van de komers.

Tabel 3 Hulp invoeren van de huisarts door de komers (n =167)in aantal en procenten.

Zou u naar een huisarts gaan indien u:

		Aantal	Percentage
1. zich slap voelt en 3 dagen koorts heeft?	ja	100	60%
	nee	49	29%
	weet niet	18	11%
2. zich 3 dagen slap voelt en op de 3e dag koorts krijgt?	ja	96	57%
	nee	47	28%
	weet niet	24	14%
3. een hevige hoest heeft, die een week aanhoudt en niet opknapt?	ja	108	65%
	nee	45	27%
	weet niet	14	8%
4. zich een week moe en terneergeslagen voelt en niet weet hoe dit komt?	ja	41	25%
	nee	83	50%
	weet niet	43	26%
5. uw knie verdraait en 3 dagen last heeft bij het lopen?	ja	85	51%
	nee	65	40%
	weet niet	17	10%
6. 3 dagen een zware verkoudheid heeft zonder koorts?	ja	9	5%
	nee	153	92%
	weet niet	5	3%
7. 4 dagen keelpijn heeft en het niet opknapt?	ja	83	50%
	nee	61	37%
	weet niet	23	14%
8. zich enkele weken zorgen maakt zonder duidelijke reden?	ja	28	17%
	nee	97	58%
	weet niet	42	25%
9. bloed bij de ontlasting ontdekt terwijl u zich verder goed voelt?	ja	140	84%
	nee	11	7%
	weet niet	16	10%

Categorie 2 (matig frequente consultatie), méér dan driemaal en minder dan zevenmaal “ja”: 62% van de komers .

Categorie 3 (zeer frequente consultatie), méér dan zevenmaal “ja”: 14% van de komers.

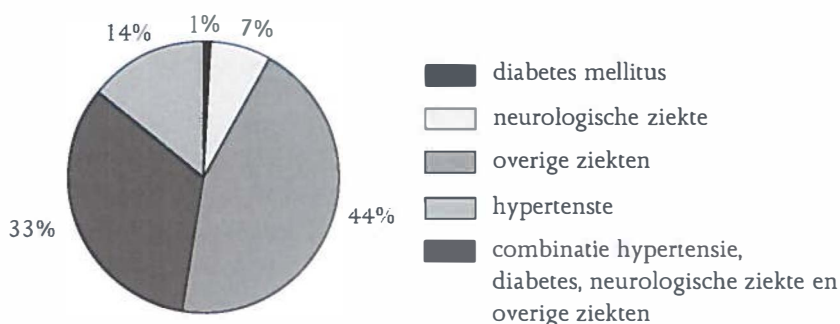
Er werd géén significante correlatie aangetoond tussen de mate van hulpzoekgedrag en de ernst van de klachten (Pearson-r = 0.27, $p < 0,05$).

Co-morbiditeit

Volgens de opgave door de huisarts was bij precies de helft van de onderzoeksgroep (85 mannen) sprake van co-morbiditeit: zij waren in de praktijk bekend met andere diagnose(s) op het tijdstip waarop men op het spreekuur kwam met plasklachten. Specifiek werd gevraagd hoe frequent hypertensie, een neurologische ziekte, diabetes mellitus en andere ziekten voorkwamen.

Van de mannen uit de groep met co-morbiditeit had 1% diabetes mellitus, 7% van hen had een bijkomende neurologische ziekte, terwijl 14% komers hypertensie hadden.

Bij 33% van de vertegenwoordigers uit deze groep was er sprake van een combinatie tussen hypertensie, diabetes mellitus, een neurologische aandoening of een andere ziekte, terwijl bij 44% procent van de mannen uit de co-morbiditeitsgroep werd aangegeven dat zij een andere (niet hypertensie, diabetes, neurologische aandoening of combinatie) ziekte hadden (zie figuur 4.2). Co-morbiditeit (wel/niet) had geen invloed op de ernst van de klachten waarmee men de huisarts bezocht (RR 1,02; 95% BI 0,55 – 1,87).



Figuur 4.2 Verdeling co-morbiditeit van de komers (n=167) in procenten

De algemene gezondheidstoestand

De Rand-36 werd gebruikt als vragenlijst voor het meten van de algemene gezondheidstoestand van de komers. De resultaten worden per dimensie vermeld in tabel 4.

De algemene gezondheidstoestand van de groep komers is vergeleken met de gezondheidstoestand van een groep personen met een somatische klacht en eenzelfde gemiddelde leeftijd. Als referentiegroep is daarom gekozen voor een groep van 200 patiënten met claudicatio intermittens (etalagebenen) van gemiddeld dezelfde leeftijd (63 jaar)¹¹. Van hen was 65% man.

Tabel 4 Beleving algemene gezondheidstoestand (Rand-36) van de komers (n=167).

	gemiddeld	95% B I
1. fysiek functioneren	79,7	(76,4 - 83,0)
2. sociaal functioneren	81,3	(78,4 - 84,2)
3. rolbeperkingen; fysiek	74,1	(68,4 - 79,8)
4. rolbeperkingen; mentaal	79,7	(74,4 - 85,0)
5. mentale gezondheid	76,1	(73,3 - 78,5)
6. vitaliteit	64,3	(61,4 - 67,2)
7. pijn	82,5	(79,4 - 85,6)
8. algemene gezondheidsbeleving	63,7	(61,2 - 66,2)

Hierbij valt een (voorstelbaar) groot verschil op in fysieke beperking tussen komer en patiënt met claudicatio, maar ook op de andere dimensies scoort de refentie-groep slechter. De resultaten staan vermeld in tabel 5.

Tabel 5 Beleving algemene gezondheidstoestand (Rand-36) van 200 patiënten met claudicatio intermittens (n=200).

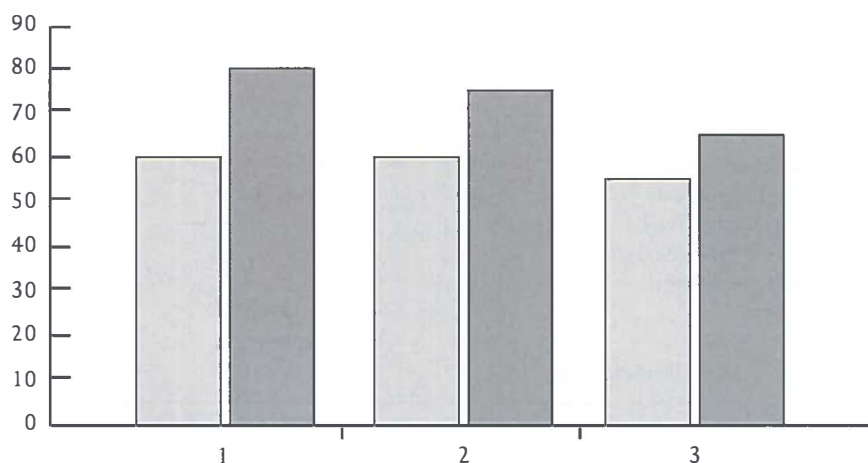
	gemiddeld	sd
1. fysiek functioneren	50,5	19,6
2. sociaal functioneren	74,2	24,4
3. rolbeperkingen; fysiek	46,3	42,1
4. rolbeperkingen; mentaal	70,4	66,1
5. mentale gezondheid	70,4	20,4
6. vitaliteit	56,6	20,8
7. pijn	58,2	21,6
8. algemene gezondheidsbeleving	56,3	20,3

In grafiek (figuur 4.3) wordt het verschil tussen beide groepen met betrekking tot de 3 hoofddimensies van de Rand-36 (Functionele status, vraag 1-4, Welzijn, vraag 5 -7, en Algemene beleving gezondheid, vraag 8) getoond.

4.3.3 De klachten-specifieke kenmerken van de komers

De ernst van de klachten.

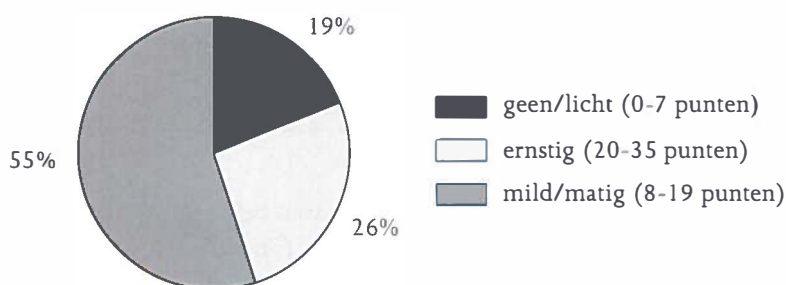
De gemiddelde ernst van de klachten bedroeg 14,3 punten (95% BI 13,3 - 15,4) waarbij de schaalverdeling van de gemodificeerde IPSS-vragenlijst loopt van 0 – 35 punten. Deze schaalverdeling wordt vervolgens onderver-



Figuur 4.3 Gemiddelden van de gezondheidstoestand van de referentiegroep met claudicatio intermittens (n = 200) en de komers (n = 167) (per hoofddimensie: 1 = functionele status; 2 = welzijn; 3 = algemene gezondheidsbeleving).

deeld in 3 klassen: lichte klachten (0-7 punten), matige klachten (8-19 punten) en ernstige klachten (20-35 punten).

Op deze manier kwantitatief ingedeeld, hadden 32 mannen (19%) geen of lichte klachten, 91 mannen (55%) hadden matige klachten en 44 mannen (26%) hadden ernstige klachten (zie figuur 4.4).



Figuur 4.4 De klachten van de komer (n=167) naar ernst in procenten.

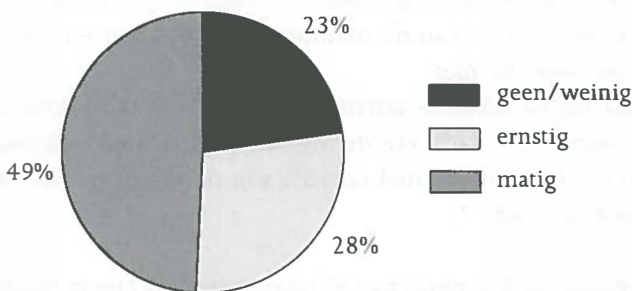
De hinder van de klachten

De gemiddelde hinder van de klachten bedroeg 17,2 punten (95% BI 16,5 – 17,9) waarbij de schaalverdeling loopt van 7 - 28 punten. Ingedeeld in 3 klassen (groep 1 (geen/lichte hinder) 7- 12 punten, groep 2 (matige

hinder) 13 - 20 punten), groep 3 (ernstige hinder) 21- 28 punten) valt deze waarde in groep 2.

Van de komers gaven 39 mannen (23%) aan geen of weinig hinder van hun klachten te hebben, 81 mannen hadden matige hinder(49%) en 47 mannen (28%) gaven aan ernstige hinder te hebben (zie figuur 4.5).

Er werd per vraag een positieve, significante samenhang aangetoond tussen de mate van de ernst en de hinder die men van de klachten ondervond; deze correlatie was sterk en gold voor alle 7 vragen van de gemodificeerde IPSS-vragenlijst. De mate van correlatie per vraag, uitgedrukt in de Pearson-correlatie Coëfficiënt, varieerde van $Pearson-r = 0.67$ tot $Pearson-r = 0.85$, $p < 0,05$.



Figuur 4.5 Hinder van de komers (n=167) in procenten.

Bezorgheid over de klachten

Gevraagd werd naar de bezorgdheid die men over de klachten had met betrekking tot ernst, het niet meer kunnen uitplassen en het krijgen van prostaatkanker. Men sprak vooral bezorgdheid uit over de eigen klachten (80%) en over het krijgen van prostaatkanker (75%). Angst voor niet meer kunnen plassen stond minder op de voorgrond (46%) (zie tabel 6).

Er werd een statistisch significante correlatie gevonden tussen de mate van klachten en de mate van bezorgdheid door de klachten ($p < 0,05$), maar de samenhang was zwak ($Pearson-r = 0.34$).

Kijk op prostaatklachten

Van de onderzoeksgroep vond het merendeel (80%) dat prostaatklachten zeer hinderlijk zijn voor oudere mannen. Gevraagd of een man zich bij klachten aan de prostaat moet laten opereren, weet de helft niet of dit een

Tabel 6 Bezorgdheid van de komers (n=167) over de klachten in procenten.

	niet bezorgd	een beetje bezorgd	bezorgd	erg bezorgd
bent u bezorgd over uw eigen plasklachten?	20%	64%	14%	2%
bent u bezorgd dat u op een dag niet meer kunt plassen?	54%	31%	13%	2%
maakt u zich zorgen over het krijgen van prostaatkanker?	25%	53%	17%	4%

goede optie is en denken 66 mannen (40%) dat dit wel een goed idee is. Als een man last heeft van de prostaat vinden 32 mannen (19%) dat een operatie onvermijdelijk is, 21% van de mannen vindt dat niet en 60% van de onderzoeksgroep weet dit niet.

De uitspraak dat de seksuele activiteit wordt verminderd door een prostaatoperatie, wordt door 20% van de ingesloten patiënten onderschreven. Ruim de helft (67%) weet dat niet en 13% van de mannen is het niet met de bewering eens (zie tabel 7).

Tabel 7 Uitspraken van de komers (n=167) over prostaatklachten in procenten.

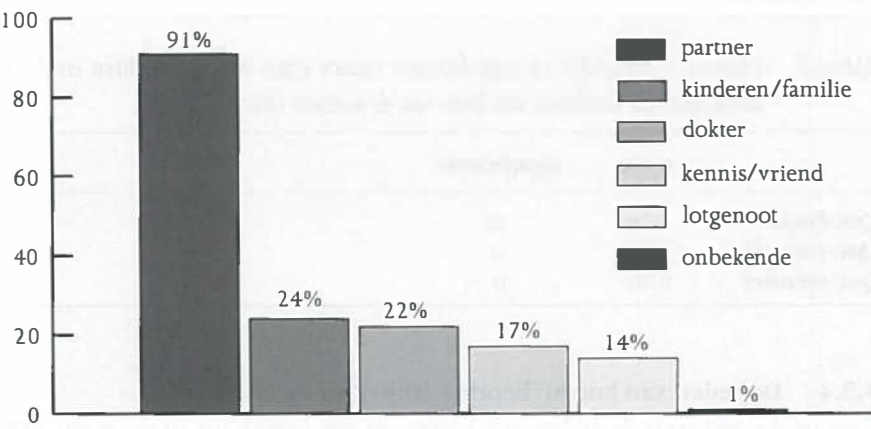
	(helemaal) mee eens	niet mee eens	helemaal niet mee eens	weet niet
Prostaatklachten zijn zeer hinderlijk voor oudere mannen	80%	4%	1%	16%
Als een man last heeft van de prostaat is het beter dat hij zich laat opereren	40%	8%	1%	50%
Als een man last heeft van de prostaat is een operatie onvermijdelijk	19%	19%	2%	60%
Door een prostaatoperatie wordt de seksuele activiteit verminderd.	20%	7%	6%	67%

De reactie van de omgeving op plasklachten

Van alle mannen hadden er 98 (59%) een reactie op hun klachten uit de omgeving gekregen. Van mannen die geen reactie kregen, gaf 8% aan geen klachten te hebben, 23% hield de klachten voor de omgeving verborgen en 11% gaf aan dat door de omgeving niet werd gereageerd op hun klachten.

Van degenen die een reactie kregen vond 20% van de mannen dat verve-
lend, terwijl het merendeel (62%) daar geen moeite mee had.

Uit de omgeving reageerde een aantal personen uit de woon- en leefom-
geving van de komers (zie figuur 4.6). De echtgenote/partner reageerde het
meest frequent (91%), gevolgd door de kinderen en/of familieleden (24%)
en de dokter (22%).



Figuur 4.6 Reacties van de omgeving in procenten.

In het merendeel van de gevallen (83%) hadden de mannen die een reactie
van de omgeving kregen, in hun ogen geen suggesties ontvangen waardoor
het gemakkelijker werd om met de klachten om te gaan. Een kleine minder-
heid (9%) kreeg wel een suggestie, maar het werd daardoor niet gemakke-
lijker.

Kwaliteit van leven en de plasklachten

De komers gaven met behulp van de vragenlijst (QoL-9) aan in welke mate
zij vonden dat plasproblemen hun kwaliteit van leven, gemeten op 3 domeinen
(QoL-fysiek, QoL-mentaal en QoL-seksueel), hadden beïnvloed.

Op een schaalverdeling van 0 – 10 (weinig beperking- veel beperking)
was de gemiddelde waarde van QoL-fysiek 3,0 punten, van QoL-mentaal
3,6 punten en van QoL-seksueel 5,8 punten (zie tabel 8).

Er werd een statistisch significante correlatie gevonden tussen de ernst van
de klachten en de mate van beperking van kwaliteit van leven. Deze samen-
hang werd voor alle 3 domeinen aangetoond, het sterkst voor QoL-fysiek
en het zwakst voor QoL-seksueel (zie tabel 9) (Pearson-correlatie Coeffi-
ciënt, $p < 0,05$).

Tabel 8 De gemiddelde waarde in punten van de 3 domeinen van kwaliteit van leven van de komers (n=167).

gemiddelde waarde QoL-9		95% BI
QoL-fysiek	3,0	(2,7-3,3)
QoL-mentaal	3,8	(3,4-4,2)
QoL-seksualiteit	5,8	(5,5-6,1)

Tabel 9 Pearson-r correlatie en significantie tussen ernst van de klachten en de 3 domeinen van kwaliteit van leven van de komers (n=167).

	ernst	significantie
QoL-fysiek	0.59	ja
QoL-mentaal	0.44	ja
QoL-seksueel	0.30	ja

4.3.4 De reden van komst; beoordeling door de komer-zelf

Gevraagd werd naar de reden van komst op het spreekuur in de vorm van een z.g. open vraag in de vragenlijst: "Zou u in uw eigen woorden willen omschrijven welke de belangrijkste redenen waren om met uw klachten naar de huisarts te gaan".

Er werden 329 redenen van komst geregistreerd waarvan 3 antwoorden te onduidelijk waren om geanalyseerd te worden. Van de 326 redenen werden angst en bemoeilijkt plassen het meest frequent beschreven als reden van komst (11% en 9%), gevolgd door vaak plassen, het ervaren van pijn en het 's nachts uit bed moeten om te plassen. Van de komers vonden 7 mannen dat "het bij de leeftijd" hoorde en beschreef eenzelfde aantal dat hun reden van komst werd bepaald "om er op tijd bij te zijn". Het en passant vermelden van klachten tijdens het consult (deurknopfenomeen) werd 8 maal beschreven (3%). Volgens de komers werd hun reden van komst in 15 gevallen (5%) bepaald door de omgeving of door beïnvloeding via de media.

Slechts 4 mannen (1%) gaven aan dat hun klachten hinderlijk waren bij de uitoefening van hun werk of hobby. Seksuele problemen en/of erectiestoornissen werden door 3 mannen (1%) als reden aangegeven.

In tabel 10 worden de redenen van komst weergegeven.

De reden van komst op het spreekuur; beoordeling door de huisarts

De huisartsen registreerden als contactredenen 302 redenen van komst op het spreekuur.

Tabel 10 De redenen van komst (n=329) volgens opgave van de komers (n=167) in aantal en percentage.

Reden van komst	aantal	percentage
angst e/o zorg over kanker/infectie	37	11%
bemoeilijkt plassen	32	9%
vaak plassen	26	8%
pijn (buiik, rectum, penis, rug)	24	7%
's nachts eruit	24	7%
andere hch.klachten incl. moeheid	21	6%
(na)druppelen/ongewenst verlies	21	6%
slappe straal	20	6%
gestuurd via omgeving/onder invloed van media	15	5%
drang	14	4%
niet-leeg gevoel	11	3%
branderig/pijnlijk plassen	10	3%
bloed bij de urine	10	3%
ik kwam voor iets anders/deurknopfenomeen	8	2%
prostaatonderzoek op verzoek/gezien leeftijd	7	2%
op tijd erbij willen zijn	7	2%
is het de prostaat?/het hoort bij de leeftijd	7	2%
is het een blaasonsteking?	6	2%
last van plasklachten bij werk/hobby	4	1%
aarzeling/onderbreking	4	1%
persen	4	1%
seksuele problemen	3	1%
gevolg eerdere (prostaat)operatie?	3	1%
onduidelijk	3	1%
niet kunnen plassen	2	1%
stinkende urine	1	0.3%
gevoel van vernauwing	1	0.3%
via keuring	1	0.3%
wil doorverwijzing	1	0.3%
verergering na eerder bezoek huisarts/specialist	1	0.3%
plasklachten als gevolg van andere ziektes/medicatie	1	0.3%

Bijna een kwart had betrekking op frequente mictie/aandrang (24%). 's Nachts eruit om te plassen werd als reden 30 maal beschreven (10%) evenals in een gelijk percentage het hebben van een slappe straal. Angst voor kanker of infectie werd als reden 12 maal (4%) geregistreerd (zie tabel 11).

De restgroep bestond uit contactredenen met een lagere frequentie dan 3%; hierin werden de vraag om medicatie, het moeilijk ophouden, geen druk meer hebben, zeurend gevoel, kou op de blaas, niet leegplassen als contactredenen geclusterd. Het deurknopfenomeen werd tweemaal expliciet beschreven bij de notitie van de contactredenen. Eenmaal werd beschreven dat een t.v. reclame aanzet was voor spreekuurbezoek.

Tabel 11 De contactredenen (n=302) van de komers (n=167) volgens opgave huisarts in aantal en percentage.

Contactredenen	aantal	percentage
frequente mictie / aandrang	71	24%
's nachts eruit	30	10%
slappe straal	29	10%
nadruppelen	17	6%
angst voor kanker of infectie	13	4%
gevoel niet leeg te plassen	13	4%
pijnlijke mictie	12	4%
bloed in de urine	12	4%
trager/aarzelend op gang komen	10	3%
ongewenst urineverlies	9	3%
restgroep	86	28%

4.3.5 De huisarts en de klachten van de komer

Het onderzoek

De huisarts verrichtte bij het merendeel van de patiënten onderzoek (96%). De resultaten staan vermeld in tabel 12.

Tabel 12 De onderverdeling van het onderzoek verricht door de huisarts tijdens het consult van de komers (n=167) in procenten.

lichamelijk onderzoek	96%
klein lichamelijk onderzoek	65%
rectaal onderzoek	89%
urine onderzoek	62%
bloed onderzoek	67%
overig onderzoek	10%

Het onderzoek richtte zich vooral (65%) op het lichamelijk onderzoek van de onderbuik (klein lichamelijk onderzoek). Rectaal onderzoek werd bij 151 patiënten verricht (89%). Urineonderzoek en bloedonderzoek werden respectievelijk 64 en 55 keer verricht.

Overig onderzoek werd 16 maal verricht (10%), waarvan een kwart betrekking had op een aanvraag voor echografie van nieren en blaas.

De combinaties die het meest voorkwamen waren de combinatie van rectaal onderzoek/ urineonderzoek en bloedonderzoek (25%), gevolgd door de combinatie rectaal onderzoek/ bloedonderzoek (zie tabel 13).

Tabel 13 Het percentage van de onderzoek-combinaties verricht door de huisarts tijdens het consult van de komers (n=167).

Type onderzoek	percentage
rectaal onderzoek/urine onderzoek/bloedonderzoek	25%
rectaal onderzoek/bloedonderzoek	15%
lichamelijk onderzoek/rectaal onderzoek/urine onderzoek/bloedonderzoek	12%
rectaal onderzoek	8%
lich.onderzoek/rectaal onderzoek	
urine onderzoek	7%
lichamelijk onderzoek/rectaal onderzoek/bloed onderzoek	7%

De begindiagnose

In tabel 14 wordt de frequentieverdeling van de begindiagnoses getoond. De huisartsen stelden 133 enkelvoudige diagnoses (79,6%), 28 maal een dubbele diagnose (16,7%) en 6 maal een meervoudige diagnose (3 diagnoses of meer). In totaal werden bij de 167 komers 208 begindiagnoses gesteld verdeeld over 38 ICPC-codes.

De enkelvoudige diagnose BPH (ICPC-code Y85) werd 100 maal gesteld (48%).

Van de begindiagnoses zijn er 6 verantwoordelijk voor 80% van alle diagnoses die werden gesteld: ICPC-code Y85 (85%), prostatitis (ICPC-code Y73), cystitis/urinegewinfect (ICPC-code U71), prostaatanker (ICPC-code Y77), symptomen/klachten prostaat (ICPC-code Y06) en hematurie (ICPC-code U06).

In tabel 15 wordt een verklaring gegeven van de ICPC-codes van de 21 begindiagnoses die géén betrekking hebben op de dimensie U of Y.

De begindiagnoses werden ingedeeld in diagnosegroep 1 (Bemoeilijkte mic-tie) en diagnosegroep 2 (Andere diagnoses).

Van de begindiagnoses had 73% betrekking op diagnosegroep 1. In deze groep waren de codes Y85 en Y06 (BPH) verantwoordelijk voor 63% van de begindiagnoses.

Van de begindiagnoses had 28% betrekking op diagnosegroep 2. De groep ontsteking was in deze groep verantwoordelijk voor 11% van de begindiagnoses, de groep kanker voor 4% en de restgroep voor 13%.

In tabel 16 wordt de frequentieverdeling van de begindiagnoses over de 2 diagnosegroepen getoond.

Van de 167 komers krijgen 121 mannen de begindiagnose "Bemoeilijkte mictie"; 46 mannen (28%) hebben een "Andere diagnose" gekregen.

Tabel 14 De frequentieverdeling van de begindiagnoses (n =208) welke de huisarts stelde bij de 167 komers..

Begindiagnose:	1	2	3	4	aantal
ICPC-code:					
A97					2
L18		U71	U95		1
N18					1
N29					1
U01		U02			1
U04					1
U05					2
U05		Y06			1
U06					5
U13		T90			1
U70					1
U71		U73			1
U71		Y73			6
U72					1
U72		U71			1
U76		Y77			1
U97		P75			1
U99					1
Y06					3
Y06		Y85			1
Y26					2
Y71		Y77	Y85		1
Y73					7
Y74					1
Y77					3
Y77		Y85			1
Y81					1
Y85					100
Y85		A85			1
Y85		D93			1
Y85		L18	U14		1
Y85		P08			2
Y85		S99			1
Y85		T02			1
Y85		U94			3
Y85		U05	U71		1
Y85		U71			1
Y85		U71	D26		1
Y85		Y07			1
Y85		Y73	Y77	Y06	1
Y85		Y77			1
Y85		Y86			1
Y99					1

Tabel 15 De verklaring en frequentieverdeling van de niet U- of Y-gebonden diagnoses (n=21) van de komers (n=167, in aantal en percentage ten opzichte van het totaal aantal begindiagnoses (n=208).

begindiagnose:	ICPC	aantal	percentage
bloed in de urine	U06	6	3%
bijwerking geneesmiddel	A85.2	1	0,5%
geen ziekte	A97	2	1%
angst voor kanker tr.digestivus	D26	1	0,5%
spastisch colon	D93	1	0,5%
spierpijn	L18	2	1%
verlamming/krachtsverlies	N18	1	0,5%
andere symptomen zenuwstelsel	N29.3	1	0,5%
impotentie	P08.1	2	1%
hypochondrie	P75.4	1	0,5%
andere symptomen huid	S99.8	1	0,5%
overmatige dorst	T01	1	0,5%
diabetes mellitus	T90.2	1	0,5%

Tabel 16 De frequentieverdeling van de begindiagnoses over de 2 diagnosegroepen van de komers (n=167) in aantal en percentage.

diagnosegroep	aantal begindiagnoses	percentage
1	121	72,5%
2	46	27,5%

Het beleid

In tabel 17 wordt het beleid, ingedeeld in drie categorieën: 1. de groep “advies alleen”, 2. de groep “advies en medicatie” en 3. de groep “advies en verwijzing” per diagnosegroep getoond.

In diagnosegroep 1 werden de meeste adviezen gegeven (50%), in diagnosegroep 2 kregen 22 (37%) mannen een advies.

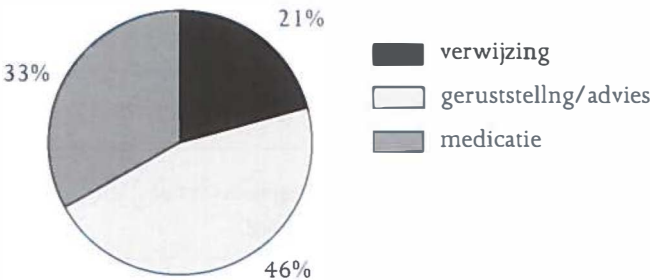
In diagnosegroep 1 werden de komers het minst verwezen (12%), terwijl in diagnosegroep 2 een verwijsperscentage van bijna 40% werd gevonden. Dit is een statistisch significant verschil tussen beide diagnosegroepen (F-toets, $p < 0,05$).

In figuur 4.7 wordt het totale beleid van de huisarts per categorie weergegeven.

Aan 77 mannen (46%) wordt een advies en/of geruststelling gegeven. Aan een derde van hen wordt naast het geven van advies, medicatie voorgeschreven en een vijfde van de komers wordt, naast het geven van advies, verwezen.

Tabel 17 Het beleid van de huisarts ten aanzien van de komers (n=167) per diagnosegroep in aantal en percentage.

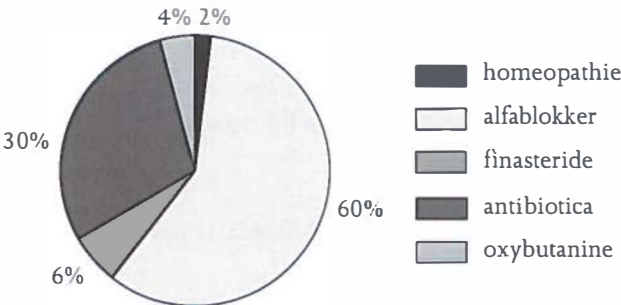
actie huisarts:	"advies alleen"	percentage	"advies en medicatie"	percentage	"advies en verwijzing"	percentage
Diagnosegroep						
1	54	50%	41	38%	13	12%
2	22	37%	15	25%	22	37%
totaal	76	46%	56	34%	35	21%



Figuur 4.7 Het beleid van de huisarts bij de komers (n=167) na het eerste consult in procenten.

Medicatie

Wanneer medicatie werd voorgeschreven, koos de huisarts in 60% van de gevallen een z.g. alfablokker als therapie voor de plasklachten. Antibiotica werd in 30% voorgeschreven. Eénmaal werd een homeopathisch middel verstrekt (zie figuur 4.8).



Figuur 4.8 De medicatie van de komers (n=167) in procenten.

4.4 Conclusie

Het profiel van de man die met plasklachten op het spreekuur komt, is opgebouwd uit algemene en klachten-specifieke kenmerken. In algemene zin is het een man met een gemiddelde leeftijd van bijna 64 jaar, meestal niet aan het werk en meestal lager opgeleid. Het merendeel vraagt vaker hulp bij de huisarts. De helft van de *komers* heeft co-morbiditeit waarbij het hebben van een specifieke ziekte niet lijkt bij te dragen aan het spreekuurbezoek met betrekking tot plasklachten. De *komer* voelt zich gezonder en is fysiek en emotioneel minder beperkt dan een leeftijdgenoot met klachten van pijn in de benen door perifere vaatlijden (etalagebenen). De *komer* geeft zelf het antwoord op de vraag waarom hij het spreekuur bezoekt: uit angst voor ziekte of kanker van de urinewegen, maar ook vanwege klachten van bemoeilijkt plassen en 's nachts uit bed moeten gaan om te plassen. Minder vaak wordt de *komer* gestuurd door de omgeving of door t.v. commercials.

Wanneer gekeken wordt naar klachten-specifieke kenmerken van de *komer*, heeft de man die op het spreekuur komt matige klachten en heeft hij ook matig hinder van die klachten. De *komer* is niet zozeer bang dat hij op een dag niet meer zal kunnen plassen (acute retentie), maar is vooral bezorgd over de ernst van zijn plasklachten en over het hebben of krijgen van prostaatkanker. Hij is overigens niet erg goed op de hoogte van de indicaties voor een prostaat-operatie en de achtergronden daarvan: hoewel de meeste mannen aangeven dat prostaatklachten zeer hinderlijk kunnen zijn voor oudere mannen, weet de helft niet of het beter is je te laten opereren als je klachten hebt en zegt een merendeel niet te weten of, bij klachten, een prostaatoperatie onvermijdelijk is. Er is ook een groot "weet niet" gehalte bij de beantwoording van de vraag over de (mate van) beïnvloeding van seksualiteit door een dergelijke operatie.

De man die met plasklachten op het spreekuur komt, heeft meestal een reactie op zijn klachten uit de omgeving gehad, vrijwel altijd van zijn partner. Ook van familieleden en van de dokter krijgt hij, zij het niet zo vaak, een reactie. De reacties worden door het merendeel van de *komers* niet als vervelend ervaren. Overigens maken de suggesties van de buitenwereld niet dat het makkelijker wordt om met de klachten om te gaan.

Beoordeeld op beperkingen van kwaliteit van leven heeft de *komer* matige last van zijn klachten: fysiek is hij het minst beperkt, mentaal iets meer en de beperking van seksualiteit wordt het sterkst ervaren.

De algemene kenmerken van het profiel van de *komer* zoals leeftijd, co-morbiditeit, sociaal economische status (SES) en opleiding, hadden geen invloed op de ernst van de klachten waarmee de *komer* zich op het spreek-

uur meldde. Er werd ook geen correlatie aangetoond tussen de mate waarin men gewend was hulp te vragen bij alledaagse klachten en de ernst van de klachten.

Vanuit de klachten-specifieke kenmerken van het profiel werd een positieve, significante, correlatie gevonden tussen de mate van ernst en de mate van hinder van de klachten: wie veel ernst aangaf, gaf ook veel hinder aan. Ook was er een positief significante correlatie tussen de bezorgdheid over de klachten en de ernst van de klachten: wie veel ernst aangaf, was ook bezorgder. Het kon overigens niet eenduidig worden aangetoond of de toegenomen bezorgdheid samenhang met toegenomen ernst of juist andersom: wie erg bezorgd is, heeft ook veel ernst. De ernst van de klachten had een positief significante correlatie met alle drie de domeinen van kwaliteit van leven; de samenhang met de fysieke component is redelijk, met de mentale component matig en met de seksuele component slecht.

De huisarts verricht bij de komer vrijwel altijd onderzoek en meestal ook een rectaal toucher. Aanvullend onderzoek in de vorm van urineonderzoek en bloedonderzoek werd in meer dan de helft van de gevallen uitgevoerd. Bijna drie kwart van de diagnoses welke de huisarts stelde na het eerste consult had betrekking op de diagnose Bemoeilijkte mictie. Uiteindelijk werd aan bijna de helft van de mannen een advies gegeven met een eventuele geruststelling over de achtergrond van hun klachten, terwijl aan een derde medicatie werd voorgeschreven, meestal een zogenaamde alfablokker. Tenslotte werd een vijfde van de komers verwezen naar een specialist, meestal de uroloog.

4.5 Beschouwing

Kenmerken van mannen die met plasklachten op het spreekuur komen

Mannen die met plasklachten op het spreekuur komen zijn geen “hele oude” mannen maar “oudere mannen”, waarvan de gemiddelde leeftijd iets boven de 60 jaar (64 jaar) was en de helft van de onderzoeksgroep jonger was dan 62 jaar. De benaming “jongere, verder gezonde, oudere” zou wellicht meer gepast zijn, ook omdat de helft van de in dit onderzoek geïnccludeerde mannen niet bekend was met co-morbiditeit.

Een verklaring van de reden voor spreekuurbezoek op wat jongere leeftijd dan voorheen zou gelegen kunnen zijn in het feit dat er in deze tijd meer aandacht en openheid is over klachten van het mannelijk genitaal dan vroeger, waardoor de geneigdheid om klachten bespreekbaar te maken, groter is. Bij het spreekuurbezoek speelt een aantal factoren een rol: de pati-

ënt komt mondiger en met meer (internet)informatie op het spreekuur van zijn huisarts¹² en wil eerder dan vroeger deze informatie in combinatie met zijn klachten bespreken om tot een therapeutische optie te komen.

Reclamecampagnes van de farmaceutische industrie in woord en geschrift, stemmen (patiënt en dokter) tot nadenken over het verborgen (?) leed van plasklachten, waarbij de therapeutische opties zijn verruimd door dat naast een operatieve interventie ook een medicamenteus ingrijpen tot de mogelijkheden is gaan behoren.

Daarnaast bleek dat algemene kenmerken zoals leeftijd, sociaal economische status en co-morbiditeit geen invloed hadden op de ernst van de klachten waarmee de komer zich op het spreekuur meldde. Voorstelbaar is dat met name een hoge leeftijd ernstiger klachten zou genereren. Op deze manier kan de uitspraak dat plasklachten specifiek een “oude mannen kwaal” zijn, volstrekt niet worden bevestigd en sluit het in dit opzicht aan bij de studieresultaten van Blanker e.a.¹³.

De reden van komst

Door dit onderzoek wordt bevestigd dat angst voor prostaatkanker een belangrijke determinant is voor hulpzoekend gedrag bij plasklachten. Naast ernst van de klachten, leeftijd en ervaren hinder, is het een belangrijke reden om de huisarts te consulteren. Opmerkelijk is de bevinding dat de huisartsen een minder hoge prioriteit lijken te geven aan deze angst bij de beschrijving van de redenen van komst vanuit de optiek van de dokter. Zij gaven eerder een somatisch-descriptieve beoordeling en maakten veel minder melding van het feit dat angst voor prostaatkanker in hun ogen een reden van komst was. Een verklaring kan zijn dat huisartsen angst voor kanker als reden van spreekuurbezoek als “zo gewoon” beschouwen, dat zij deze angst niet expliciet beschrijven maar wel benoemen tijdens het consult. Het precies in kaart brengen van de plasklachten (frequentie, pijn, nycturie) heeft in hun ogen meer waarde voor de consultvoering dan de beschrijving van de angst. Mogelijk spelen deze factoren volgens hen ook een grotere rol in het beleid bij het al of niet voorschrijven van medicatie of verwijzen naar de uroloog dan de angst van de patiënt. Het lijkt wenselijk om tijdens het consult de angst voor prostaatkanker expliciet te benoemen; hierdoor wordt de reden van komst verhelderd en kan bezorgdheid bij de patiënt worden weggenomen.

De bevinding van Wolters e.a.¹⁴ dat invloed van de omgeving om naar de dokter te gaan belangrijker is dan de ernst van de klachten kan niet worden bevestigd. Gevraagd aan de komer zelf, werd slechts in 5% van de antwoorden aangegeven dat men was gestuurd door de omgeving (partner of

familieleden) of door de media. Een verklaring kan zijn dat Wolters gebruik maakte van een gestructureerde vragenlijst met een ja/nee optie voor beantwoording van de specifieke vragen over deze invloed, terwijl in dit onderzoek sprake is van een open vraagstelling waarin géén antwoordopties werden gegeven. Het is mogelijk dat er in dit onderzoek sprake is van onderrapportage van dit gegeven, terwijl de resultaten van Wolters beïnvloed kunnen zijn door overrapportage door het aanbieden van een beperkte antwoord-mogelijkheid.

Ernst en hinder van de klachten en de invloed van de klachten op de kwaliteit van leven

De gemiddelde ernst van de mictieklachten van de komers is in deze studie zo'n 10% lager dan de gemiddelde waarde welke door Wolters e.a.¹⁴ werden beschreven in hun studie naar LUTS en hulpzoekend gedrag van 268 mannen die de laatste 2 jaar met plasklachten bij de huisarts waren geweest. Een verklaring kan gelegen zijn in een verschil in methodologische opzet: in het onderzoek van Wolters werden mannen met géén of lichte klachten (IPSS-score <8) geëxcludeerd van deelname, terwijl het in dit onderzoek niet het geval was. Zo werden bijna 20% mannen met lichte klachten wél ingesloten. Bij het verrichten van een studie naar determinanten van hulpzoekend gedrag, lijkt het juist belangrijk om ook deze groep te includeren.

Er wordt een duidelijke samenhang aangetoond tussen hinder en ernst: wie veel hinder heeft, heeft ook veel ernst. De correlatie is sterk en dit kan op ieder symptoom-niveau van de aangepaste IPSS-klachtenscore worden aangetoond.

Bij de beperking die men van de klachten ondervindt op de domeinen van kwaliteit van leven, bepaalt met name de ernst van de klachten de omvang van de fysieke beperking. Overigens vonden de mannen zelf dat de klachten hen weinig lichamelijke beperking gaven of hinderden bij de uitoefening van hun werkzaamheden of hobby. Opmerkelijk is de bevinding dat door de komer de beïnvloeding van seksualiteit als sterkste invloed op kwaliteit van leven werd aangegeven. Hier was de samenhang met de ernst van de klachten het zwakst. De ernst van de plasklachten heeft geen relatie met problemen in de sfeer van seksualiteit. Beide hebben mogelijk wel een gemeenschappelijke (pathofysiologische) basis^{15,16}.

De huisarts en de aangeboden klacht

Het handelen van de huisarts, getoetst aan de gegevens van de Tweede Nationale Studie¹⁷, geeft een aantal overeenkomsten en verschillen met betrekking tot de groep van 105 mannen met ICPC-code Y85 en Y06 (diagnose "BPH" en "klachten prostaat").

De verwijspersentages en prescriptiepercentages hadden de meeste overeenkomst, terwijl het percentage urine-onderzoek in de eigen praktijk en aanvraag van bloedonderzoek sterk uiteen liepen. In deze context wordt met bloedonderzoek bedoeld de opzet om diagnostiek te verrichten naar het Prostaat Specifiek Antigeen (PSA), een bepaling die de kans op prostaatkanker kan aangeven.

Een verklaring voor deze verschillen is niet gemakkelijk te geven. Onder-rapportage (Tweede Nationale Studie) en over-diagnostiek door de participerende huisartsen onder invloed van de studie kan slechts gedeeltelijk een verklaring zijn. Mogelijk speelt het aanbieden van een vaste antwoord-mogelijkheid in het formulier waarmee de huisarts zijn of haar diagnostische stappen rapporteerde ook een belangrijke rol.

Algemene en methodologische opmerkingen

Het onderzoek levert informatie over de algemene en klachten-specifieke kenmerken van de mannen die met plasklachten de huisarts bezoeken en hun gang door de huisartspraktijk. Door het stellen van de open vraag: "met welke reden bezoekt u het spreekuur" kwamen de mannen zelf aan het woord in de benoeming van hun reden van komst. Op deze manier werden er gegevens verzameld aan de patiëntenkant/vraagkant van het model van medische consumptie met betrekking tot plasklachten bij oudere mannen.

De beperking van het onderzoek is gelegen in het feit dat door de wijze van insluiting er sprake kan zijn van selectie-bias door de deelnemende huisartsen. Zij bepaalden welke mannen werden ingesloten en moesten dit doen binnen de mogelijkheden die het eerste consult hen bood in de tijdsdruk van alledag en waarbij zij ook rekening moesten houden met de inclusiecriteria van het onderzoek. Geprobeerd is, naast mondelinge uitleg, met een A5-model van de inclusiecriteria in duidelijke kleur als bureaustandaard de informatie over de insluiting gemakkelijker toegankelijk te maken. Het is echter voorstelbaar dat een aantal mannen ten onrechte niet zijn ingesloten in de studie, waarbij het moeilijk te beoordelen is of dit de studieresultaten heeft beïnvloed.

Gezien de verdeling, lijken de patiënten uit praktijken uit verstedelijkte gebieden oververtegenwoordigd. Gegevens of dit het hulpzoekend gedrag van mannen met plasklachten beïnvloedt zijn niet voorhanden. Wel is bekend dat het gemiddeld aantal contacten met de huisarts van mannen ouder dan 25 jaar vrijwel niet door de urbanisatiegraad (verdeeld over zeer stedelijk en niet stedelijk) wordt beïnvloed (respectievelijk 1,72 en 1,74 contacten de afgelopen 2 maanden voorafgaand aan de meting)¹⁸. De invloed van deze factor op de studie-resultaten is mogelijk aanwezig, maar lijkt niet groot.

Beïnvloeding van het spreekuurbezoek met dit klachtencomplex door het geslacht van de dokter is niet bekend en vormde ook geen onderzoeksvraag. In de studie-opzet is hiermee dan ook geen rekening gehouden doordat vrouwelijke en manlijke huisartsen in een gelijke verhouding zijn geselecteerd.

Een andere beperking is het optreden van een informatie bias door de respondenten; zij vulden immers de set vragenlijsten in ná het consult. Beoordeling van hun klachten door de huisarts, verbaal en non-verbaal, kan het invullen van de vragenlijsten over ernst en hinder hebben beïnvloed. Bij de opzet van de studie is lang nagedacht of de vragenlijstinformatie ook “waardenvrij” verkregen zou kunnen worden door bijvoorbeeld in de wachtkamer aan iedere manlijke patiënt boven de 50 jaar een plasklachten-vragenlijst uit te reiken. Via dit “wachtkamerformulier” zou dan vóóraf de ernst-en hinderscore bepaald kunnen worden en niet ná het bezoek aan de huisarts. Ook is beoordeeld of de huisarts de aspirant-komer bij de start van het consult zou moeten vragen om in de wachtkamer een klachten-scorelijst in te vullen, waarna zij of hij het consult zou kunnen voortzetten. Op grond van te verwachten organisatorische problemen en onoverzichtelijkheid, is besloten deze methodologische opzet niet uit te voeren. Ook hier is niet goed te bepalen welke invloed deze systeemfout heeft gehad op de resultaten, met name of er sprake is van onder- dan wel overrapportage. De vergelijking met de resultaten van de ernst- en hinderscore in de literatuur¹⁴ laat geen waarden zien die sterk afwijken.

4.6 Literatuur

- 1 Abrams P. New words for old: lower urinary tract symptoms for 'prostatism'. *BMJ* 1994; 308: 929-930.
- 2 Wolters RJ, Spigt MG, van Reedt Dorland PFH, Gercama AJ, Klomp MLF, Romeijnders ACM, Starreveld JS. NHG-Standaard Bemoeilijke mictie bij oudere mannen. *Huisarts Wt* 2004; 47(12): 571-86.
- 3 Simpson RJ, Lee RJ, Garraway WM, Kind D, McIntosh I. Consultation patterns in a community survey of men with benign prostatic hyperplasia. *Br J Gen. Pract* 1994; 44: 499-502.
- 4 Jacobsen SJ, Guess HA, Panser L et al. A population-based study of health care-seeking behavior for treatment of urinary symptoms. The Olmsted County Study of Urinary Symptoms and Health Among Men. *Arch. Fam Med* 1993; 2: 729-735.
- 5 Jacobsen SJ, Girman CJ, Guess HA et al. Do prostate size and urinary flow rates predict health care-seeking behavior for urinary symptoms in men? *Urology* 1995; 45 (1): 64-9.
- 6 Jolleys JV, Donovan JL, Nanchabel K, Peters TJ, Abrams P. Urinary symptoms in the community: how bothersome are they? *Br J Urol* 1994; 74(5): 551-5.
- 7 Cunningham-Burley S, Sullivan MP, Garraway WM, Lee AJ, Russell EB. Perceptions of urinary symptoms and health-care seeking behaviour amongst men aged 40-79 years. *Br J Gen Pract* 1996; 46: 349-52.
- 8 Wolfs GC, Knottnerus JA, Van der Horst FG, Visser AP, Janknegt RA. Determinants of doctor consultation for micturition problems in an elderly male population. *Eur Urol* 1998; 33(1): 1-10.
- 9 Macfarlane GJ, Sagnier PP, Richard F, Teillac P, Botto H, Boyle P. Determinants of treatment-seeking behaviour for urinary symptoms in older men. *Br J Urol* 1995; 76(6): 714-8.
- 10 SAS/STAT Userguide Version 8 1999. SAS Institute Inc. , Cary NC USA. ISBN 1-58025-494-2.
- 11 Breek JC, Vries de J, Heck van GL, Berge Henegouwen DP, Hamming JF. Assessment of disease impact in patients with intermittent claudication. *J. of Vas. Surgery* 2005; 41 (3): 443-50.
- 12 www.taboeziekten.nl als voorbeeld van leken-info sites.
- 13 Blanker MH. Normal values and determinants of urogenital tract (dys)function in older men: the Krimpen Study. Dissertatie 2002. Rotterdam.
- 14 Wolters R, Wensing M, Van Weel C, Van der Wilt GJ, Grol RPTM. Lower urinary tract symptoms: social influence is more important than symptoms in seeking medical care. *BJU Intl* 2002; 90: 655-661.
- 15 Frankel SJ, Donovan JL, Peters TJ et al. Sexual dysfunction in men with lower urinary tract symptoms. *J Clin Epidemiol* 1998; 51: 677-85.
- 16 Blanker MH, Bohnen AM, Groeneveld FPMJ et al. Erectiestoornissen bij mannen van 50 jaar en ouder: prevalentie, risicofactoren en ervaren hinder. *Ned Tijdschr Geneesk* 2001; 145 (29): 1404-9.
- 17 Cardol M, van Dijk L, de Jong JD, de Bakker DH, Westert GP. Tweede Nationale Studie Naar Ziekten en Verrichtingen In De Huisartspraktijk; Huisartsenzorg: Wat Doet De Poortwachter? Nivel / RIVM 2003.
- 18 van Lindert H, Droomers M, Westert GP. Een Kwestie van Verschil: Verschillen in zelfgerapporteerde leefstijl, gezondheid en zorggebruik. Tweede Nationale Studie Naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk; Nivel/RIVM 2004.

HET BELOOP VAN DE KLACHTEN VAN DE KOMER

Samenvatting

Inleiding

In dit onderdeel van het onderzoek wordt nagegaan hoe het beloop is van de plasklachten na het eerste bezoek aan de huisarts en de invloed van de klachten, de patiënt, de diagnose en het beleid op dat beloop.

Methode

Aan de 167 mannen die met klachten op het spreekuur kwamen (T0), werd een half jaar na de komst (T1/2) bij de huisarts een vragenlijst (vragenlijst 1.2) verzonden waarvan de inhoud en samenstelling wordt verantwoord in hoofdstuk 2, "Opzet van het onderzoek".

Van 164 mannen werd een respons ontvangen. Door vergelijking van de uitkomsten van de vragenlijst 1.1 (komer, eerste bezoek) en 1.2 (komer, bezoek na 1/2 jaar) werden veranderingen in ernst, hinder en kwaliteit van leven geanalyseerd. De uitkomst hiervan werd gebruikt om het beloop van de klachten te beschrijven en invloeden op dat beloop te analyseren.

Voor beoordeling van de invloed van de diagnostiek en beleid van de huisarts werden de gegevens van het Halfjaarslijst gebruikt. Over inhoud en samenstelling daarvan wordt verantwoording afgelegd in hoofdstuk 2, "Opzet van het onderzoek".

Resultaten

Op de vraag hoe het met de klachten was verlopen na het eerste bezoek aan de huisarts gaven 127 (76%) komers een antwoord: 9% van hen hadden géén klachten, bij 33% waren de klachten hetzelfde gebleven, 43% gaf aan dat de klachten verbeterd waren, terwijl 5% van hen een verslechtering aangaf. Mannen die een verbetering aangaven, bleken ook een positieve verbeteringscore op de ernst van hun klachten te hebben, gemeten via de gemodificeerde IPSS-klachtenlijst. Deze bevinding was statistisch significant.

Het beloop van klachten werd beoordeeld op verandering van de drie kenmerken: ernst, hinder en kwaliteit van leven.

Beoordeeld op ernst van de klachten, verbeterde de score significant met gemiddeld 29%, op hinder gemiddeld 16% (significant), terwijl er geen verandering werd gemeten op de domeinen van kwaliteit van leven, althans geen significante verschillen.

De ernst van de klachten had invloed op het beloop: zo verbeterde bij mannen met ernstige klachten de score van het beloop significant ten opzichte van mannen met milde klachten.

Patiëntkenmerken (werk, opleiding, leeftijd en co-morbiditeit) hadden geen invloed op het beloop van de klachten. Voor de groep “Bemoeilijkte mictie” (diagnosegroep 1) en de groep “Andere diagnoses” (diagnosegroep 2) waren de verbeterpercentages voor ernst 26% respectievelijk 34% en voor hinder 14% respectievelijk 18%.

Er werd over het algemeen een veel lager percentage verbetering gezien bij het beloop van kwaliteit van leven. In groep 2 werd zelfs een verslechtering gezien van 6% op het domein seksualiteit.

Er waren verschillen met betrekking tot het beleid van de huisarts, opgesplitst in de onderdelen “advies alléén”, “advies en medicatie” en “advies en verwijzing”: “advies en verwijzing” gaf de meeste reductie van ernst en hinder (44%), maar werd het minst toegepast (bij 21% van de komers).

In de groep “advies alléén” werd er vrijwel dezelfde reductie van ernst gevonden als in de groep “advies en medicatie” (26% en 30%).

Beoordeeld op de domeinen van kwaliteit van leven werd in de groep “advies en medicatie” de grootste verbetering gezien: Qol – mentaal verbeterde significant met 12% en Qol – seksueel verbeterde met 7%, maar dit resultaat was niet significant.

Conclusie

Beoordeeld door de komer-zelf, geeft het merendeel van de mannen aan dat de klachten zijn verbeterd, gevolgd door de groep die aangeeft dat de klachten hetzelfde zijn gebleven.

Het bezoek aan de huisarts geeft een duidelijke verbetering van de plasklachten op de kenmerken van ernst en hinder. Het valt op dat de verbetering van de hinder procentueel minder groot is dan de verbetering van de ernst bij de komer. De verbetering van de ernst is het sterkst bij mannen met veel klachten. Voor de domeinen van kwaliteit van leven zijn de verbeteringen weliswaar positief, maar zeer gering.

Leeftijd, opleiding, sociale status en co-morbiditeit van de komers hebben geen invloed op het beloop. Beoordeeld per diagnosegroep, heeft de groep met klachten van Bemoeilijkte mictie een minder grote verbetering dan de groep met infectie of kanker.

Het maakt niet uit welke interventie de huisarts doet: alle uitkomsten van het consult hebben een positieve invloed op de verandering van de ernst en hinder van de klachten. Verwijzing geeft de meeste reductie van klachten maar werd het minst toegepast.

De huisarts geeft bij patiënten met als klacht Bemoeilijkte mictie, waarbij geen sprake is van ontstekingen of kanker, meestal “advies alléén” en verwijst hier het minst vaak.

5.1 Inleiding

Na het bezoek van de patiënt met plasklachten aan de huisarts, beschreven in hoofdstuk 3, wordt nu beoordeeld hoe het deze komer vergaat met zijn klachten. Wat is het beloop van de klachten van de komer? Niet alleen veranderingen van de ernst van de klachten in de periode tussen het eerste con-

sult en een half jaar later staan hier centraal, ook veranderingen in hinder en kwaliteit van leven vallen onder dit begrip.

Een complex van factoren beïnvloedt het beloop van een ziekte en speelt een rol vóór, tijdens en na het consult. Zoals beschreven in hoofdstuk 3, “Literatuur”, zijn in de periode vóór het bezoek aan de dokter (de pre-medische fase) verschillende factoren te onderscheiden die op dit beloop invloed hebben. In dit hoofdstuk wordt, voortvloeiend uit de gekozen onderzoeksopzet, het beloop beschreven nadat de patiënt op het spreekuur is geweest, de post-consultfase. Vanuit drie verschillende invalshoeken worden factoren die invloed hebben op het beloop nader geanalyseerd: vanuit de patiënt, de dokter en de ziekte.

De patiënt beïnvloedt het beloop door presentatie van zijn klachten, zijn leeftijd met zijn specifieke kenmerken zoals zijn medische voorgeschiedenis en psychosociale context. De dokter vraagt, onderzoekt, diagnostiseert en handelt, gebruikmakend van haar of zijn vakkennis, de kennis over de voorafkants op ziekte en de kennis over deze specifieke patiënt, opgedaan in eerdere contacten¹. De ziekte, voorzien van een eerste diagnose, geeft afhankelijk van de ernst en omvang richting aan het verdere verloop van de klachten zodra de patiënt de spreekkamer verlaat.

Het beloop kent dus vele gezichten: gevraagd aan patiënten uit de eigen huisartspraktijk hoe het na een half jaar met de klachten was gegaan, gaven zij over het beloop van hun klachten dan ook niet een eenduidig antwoord. Als voorbeeld volgt hier een aantal opmerkingen:

Patiënt A. bezocht de praktijk met als belangrijkste reden (te) vaak te moeten plassen en geen druk te hebben; zijn antwoord na een half jaar: “door op tijd rust te nemen kan ik met mijn beperkingen omgaan”.

Patiënt B. had klachten van moeheid en slapeloosheid en stinkende urine. Zijn antwoord was: “er zijn geen problemen meer”.

Patiënt C gaf als reden van komst aan dat hij moeilijk kon plassen en erectiestoornissen had. Zijn klachten na een half jaar zijn: “het gaat nog steeds matig tot slecht”.

Patiënt D was tevreden over het beloop. Hij had aanvankelijk klachten over frequente aandrang en nadruppelen. Zijn reactie na een half jaar: “na de prostaatoperatie geen klachten meer over nadruppelen en ongewild urineverlies. Daarover zeer tevreden”.

Bij de beschrijving van het beloop wordt uitgegaan van de uitkomsten op 3 deelvragen.

- Welke beschrijving gaf de komer zelf over het beloop? (5.3.2)
- Wat is het beloop van de klachten beoordeeld op de kenmerken ernst, hinder en kwaliteit van leven? (5.3.3)
- Welke invloed is er op het beloop? (5.3.4)

5.2 Patiënten en Methode

De patiënten van de komer-groep kregen na een half jaar een vragenlijst (vragenlijst 1.2) toegestuurd met de bedoeling om opnieuw het niveau van de klachten en de kwaliteit van leven te meten. De inhoud en samenstelling van de vragenlijst worden verantwoord in hoofdstuk 2, “Opzet van het onderzoek”.

Aan de huisartsen van de patiënten die in het onderzoek zijn opgenomen, werd een half jaar na insluiting van de betreffende patiënt eveneens schriftelijke informatie gevraagd via een vragenlijst, de “Halfjaarslijst”. Door deze Halfjaarslijst te beantwoorden werd inzicht gekregen in het beloop van klachten vanuit het perspectief van de dokter. De inhoud en verantwoording van deze vragenlijst wordt ook beschreven in hoofdstuk 2, “Opzet van het onderzoek”.

Het beloop werd beoordeeld door aan de komer in een open vraagstelling op T1/2 te vragen hoe het met de klachten was gegaan sinds het eerste consult.

Daarnaast werd het beloop beoordeeld door vergelijking van de verandering van de kenmerken ernst, hinder en kwaliteit van leven tussen T0 en T1/2, gemeten door de vragenlijst 1.1 en 1.2.

Van de ernst van de klachten op T0, van een aantal patiëntkenmerken, van de diagnose en het beleid van de huisarts werd geanalyseerd hoe groot hun invloed op het beloop was.

Voor de analyse van de onderzoeksgegevens werd gebruik gemaakt van het statistisch pakket SAS² versie 8. Ordinale schalen zijn opgevat als intervalschalen en gemiddelden zijn berekend om de vergelijking met het literatuuronderzoek te kunnen maken. Verschillen tussen gemiddelden en veranderingen tussen gemiddelden zijn getoetst met de F-toets (proc GLM). Bij afwijkingen van normaliteit is, voordat de F-toets werd berekend, een geschikte transformatie van de data toegepast.

Bij vergelijking van veranderingen tussen groepen is, naast de toets op de gemiddelde verandering, ook rekening gehouden met de uitgangswaarden op T0. Zowel bij de Chi-kwadraattoets als bij de F-toets worden overschrijdingskansen van minder dan 5% statistisch significant genoemd.

Bij de interpretatie van correlatiecoëfficiënten is de volgende indeling gehanteerd: correlaties ≤ 0.39 werden als zwak benoemd, 0.40 - 0.59 als matig en ≥ 0.60 als sterk.

5.3 Resultaten

5.3.1 De respons op de vragenlijst

Aan de 167 mannen van de komer-groep werd na een half jaar vragenlijst 1.2 gestuurd. Van 164 mannen werd de ingevulde vragenlijst terug ontvangen. Van de 3 mannen (1.8%) die niet respondeerden waren 2 mannen overleden tijdens de onderzoeksperiode en 1 man zond geen bericht terug zonder opgaaf van redenen. Van de deelnemende huisartsen werden alle halfjaarslijsten ontvangen.

5.3.2 Het beloop van de klachten: wat vond de komer zelf?

In een zogenaamde open vraagstelling werd gevraagd hoe het met de klachten gegaan was sinds het bezoek aan de huisarts. Er antwoordden 127 mannen (76%). De antwoorden werden beoordeeld op verandering van ernst van de klachten op 5 niveau's.

Van de onderzoeksgroep gaven 12 mannen (9%) aan géén klachten meer te hebben, 54 mannen (43%) gaven verbetering aan en 42 mannen (33%) vonden dat de klachten hetzelfde waren gebleven. Van 6 mannen (5%) waren de klachten verslechterd en 13 mannen (10%) waren onduidelijk in hun beantwoording (zie tabel 1).

Tabel 1 De klachten van de komers (n=127) na een half jaar in aantal en percentage.

klachten		aantal	percentage
Groep 1	geen klachten	12	9%
Groep 2	verbeterd	54	43%
Groep 3	onveranderd	42	33%
Groep 4	verslechterd	6	5%
Groep 5	onduidelijk	13	10%

Van de mannen uit groep 2, 3 en 4 (respectievelijk: “de klachten zijn verbeterd”, “onveranderd” en “verslechterd”) werd beoordeeld of de verandering van de ernst van hun klachten congruent was met het antwoord dat zij in de open vraagstelling hadden aangegeven door dit antwoord te toetsen aan de verandering die zij via de IPSS-klachtenscore hadden aangegeven. Het

bleek dat de antwoorden van de patiënten uit groep 2, die aangaven verbetering van klachten te ervaren, inderdaad paste bij de verandering aangegeven in de klachtenscore. Dit was een significante bevinding (F-toets, $p < 0,05$).

Dit kon niet worden aangetoond voor groep 3 welke een geringe verbetering van 1,9 punten aangaf en in groep 4 die een verslechtering van 2,8 punten aangaf (zie tabel 2).

Tabel 2 Toetsing van de open antwoorden van de komers ($n=127$) aan de aangegeven verandering in de IPSS-klachtenscore.

klachten		aantal	percentage	gem. verander-score	95% BI	significantie
Groep 2	verbeterd	54	43%	5,5 punten	(3,5 – 7,5)	ja
Groep 3	zelfde	42	33%	1,9 punten	(0,8 – 2,8)	nee
Groep 4	verslechterd	6	5%	-2,8 punten	(- 8,1 – 2,5)	nee

5.3.3 Het beloop van de klachten naar ernst, hinder en invloed op kwaliteit van leven

De verandering op de onderdelen ernst, hinder en kwaliteit van leven wordt weergegeven in tabel 3.

Tabel 3 Het beloop van de klachten van de komers ($n=164$).

	T0 Gem. waarde	95% BI	T1/2 Gem. waarde	95% BI	Vershil Gem. waarde	95% BI	percen- tage	signifi- cantie
Ernst	14,3	(13,3-15,4)	10,2	(9,2-11,2)	4,1	(2,9 - 5,1)	29%	Ja
Hinder	17,2	(16,5-17,9)	14,6	(14,0-15,2)	2,6	(1,9 - 3,3)	15%	Ja
QoL - fysiek	3,0	(2,7-3,3)	2,9	(2,6-3,2)	0,1	(-0,2 - 0,4)	3%	Nee
QoL - mentaal	3,6	(3,4-3,8)	3,4	(3,1-3,7)	0,2	(-0,0 - 0,6)	6%	Nee
QoL - seksualiteit	5,8	(5,5-6,1)	5,7	(5,4-6,0)	0,1	(-0,3 - 0,3)	2%	Nee

De statistische bewerking werd uitgevoerd met de F-toets, waarbij significantie werd aangetoond voor $p < 0,05$.

De ernst

Vergeleken met de gemiddelde ernst van de klachten welke de komers na het eerste consult aangaven (14,3 punten) verbeterde de ernst met 4,1 punten (schaalbreedte van 0 - 35 punten, geen tot ernstige klachten). Op die manier werd een gemiddelde significante verbeterscore van 29% gevonden.

De hinder

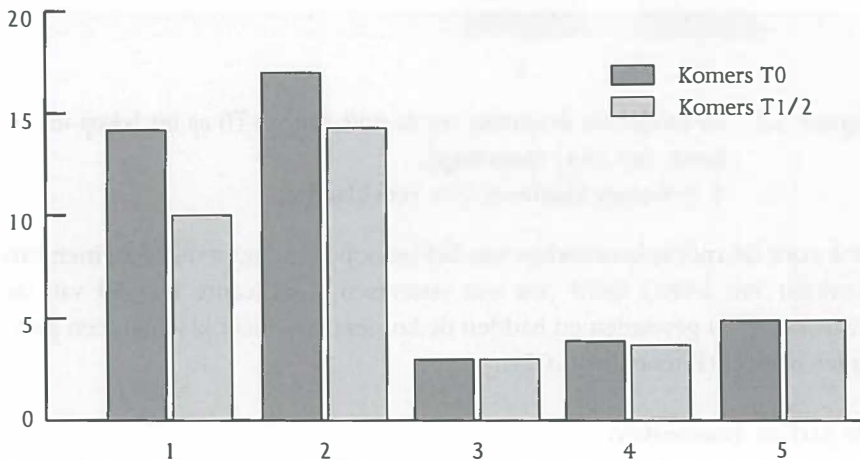
De hinder die de komer van zijn klachten ondervond, verbeterde van gemiddeld 17,2 punten naar 14,6 punten bij een schaalbreedte van 0-28 (geen naar veel hinder). De gemiddelde, statistisch significante verbetering bedroeg 2,6 punten (16%).

Kwaliteit van leven

Op de 3 domeinen van kwaliteit van leven werd geen aantoonbare verandering na een half jaar gevonden. De 3 domeinen waarover werd gerapporteerd hadden betrekking op de invloed op de fysieke activiteit (Qol - fysiek), de mentale kwaliteit van leven (Qol - mentaal) en invloed op seksualiteit (Qol - seksueel).

Uitgaande van een schaalbreedte van 0-10 (van geen tot ernstige beperking) was de verbetering gemiddeld slechts 1 – 2% per komer. Significantie kon voor alle veranderingen van deze 3 domeinen niet worden aangetoond (F-toets, $p < 0,05$).

In figuur 5.1 wordt het beloop van de 5 kenmerken gezamenlijk getoond.



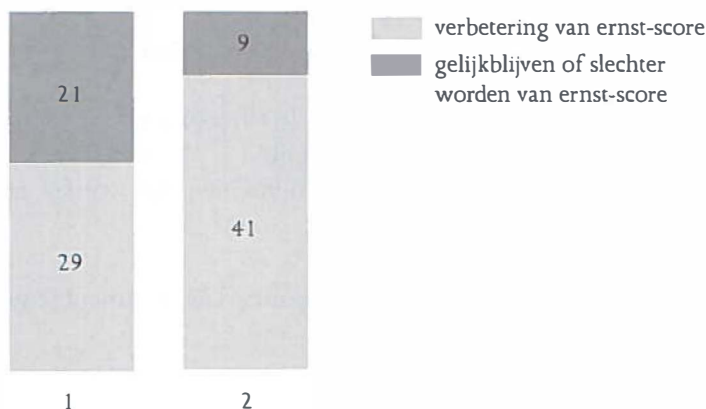
Figuur 5.1 Het beloop van de 5 klachten-specifieke kenmerken van de komers (n=164) in de periode tussen de eerste komst (T0) en een half jaar (T1/2); 1 = ernst; 2 = hinder; 3 = QoL-fysiek; 4 = QoL-mentaal; 5 = QoL-seksueel.

Wanneer rekening gehouden wordt met de hoogte van de klachtenscore op T0, blijft er een significant verschil in het beloop bestaan tussen de groep met weinig en een groep met véél klachten, hetgeen voor alle kenmerken kan worden aangetoond (F-toets, $p < 0,05$).

5.3.4 De invloeden op het beloop

De omvang van de klachten op T0

Een gunstiger beloop werd gevonden bij de komers met veel klachten in vergelijking tot de groep mannen met weinig klachten. Zo verbeterde ruim 40% van de komers met veel klachten (14 - 35 punten) hun score en bleven mannen met weinig klachten (0 -13 punten) daarbij achter met een verbeterpercentage van 29% (zie figuur 5.2) (F-toets, $p < 0,05$).



Figuur 5.2. De invloed van de omvang van de ernst-score op T0 op het beloop van de komer ($n=164$) (percentage);
1 = weinig klachten; 2 = veel klachten.

Ook voor de andere kenmerken van het beloop (hinder en de domeinen van kwaliteit van leven) werd ook een statistisch significante invloed van de waarden op T0 gevonden en hadden de komers met méér klachten een gunstiger beloop (F-toets, $p < 0,05$).

De patiënt kenmerken

Een aantal patiënt-kenmerken heeft géén significante invloed op het beloop en dit geldt voor alle onderdelen van het beloop (ernst, hinder en de domeinen van kwaliteit van leven).

Het gaat dan om de volgende kenmerken:

1. leeftijd (hoog-laag)
2. burgerlijke staat (getrouwd-alleenstaand)
3. werk (wel-niet)
4. het niveau van opleiding (hoog-laag)
5. co-morbiditeit (wel-niet)

De diagnose

De verandering van het klachtenpatroon werd per diagnosegroep (groep 1: Bemoeilijkte mictie en groep 2: Andere diagnoses) in de tijd gevolgd, waarbij de verantwoording voor de indeling van de groepen wordt beschreven in hoofdstuk 4.

De gemiddelde verandering van de scores van ernst, hinder en kwaliteit van leven, worden per groep getoond in tabel 4.

Tabel 4 De gemiddelde klachtenverandering in punten van de komers (n=164) per diagnosegroep.

diagnosegroep 1 (n=118)	waarde T0	waarde T1/2	verandering T0 - T1/2	95% BI	signifi- cantie
ernst van plasklachten	15,2	11,3	3,9	(2,8 - 5,0)	Ja
hinder	17,9	15,4	2,5	(1,7 - 3,3)	Ja
Qol - fysiek	3,1	3	0,1	(0,3 - 0,4)	Nee
Qol - mentaal	3,7	3,4	0,3	(0,0 - 0,6)	Nee
Qol - seksueel	6,1	5,9	0,2	(-0,1 - 0,5)	Nee
diagnosegroep 2 (n=46)					
ernst van plasklachten	12,6	8,3	4,3	(2,1 - 6,4)	Ja
hinder	15,9	13,1	2,8	(1,4 - 4,2)	Ja
Qol - fysiek	2,8	2,6	0,2	(0,3 - 0,4)	Nee
Qol - mentaal	3,5	3,2	0,3	(0,0 - 0,6)	Nee
Qol - seksueel	5,2	5,5	-0,3	(-0,1 - 0,5)	Nee

De statistische bewerking werd uitgevoerd met de F-toets, waarbij significantie werd aangetoond voor $p < 0,05$.

De ernst van de klachten verbeterde statistisch significant met 26% in groep 1 en 34% in groep 2, een verschil van 8% ten gunste van groep 2.

De hinderpercentages verbeterden significant met 14% (groep 1) en 18% (groep 2).

Op het kenmerk kwaliteit van leven werd per diagnosegroep nauwelijks tot geen verandering gemeten. Qol – seksueel gaf zelfs een verslechtering in groep 2 met 6%.

Gecontroleerd voor de uitgangssituatie op T0, had de diagnose welke de huisarts stelde invloed op het beloop: de verbeteringscore van het beloop van diagnosegroep 2 was significant beter dan de score van diagnosegroep 1. Dit geldt voor zowel het kenmerk ernst als hinder.

De veranderingen in diagnose tussen T0 en T1/2

Beoordeeld voor de diagnosegroep 1 en diagnosegroep 2 veranderde de diagnose welke de huisarts stelde bij het eerste consult weinig; van de komers hielden 143 mannen (87%) dezelfde diagnose, van 17 komers (10%) veranderde de diagnose van groep 1 naar groep 2 en van 4 mannen (2%) veranderde de diagnose naar groep 1.

Het beleid van de huisarts

Voor het beleid van de huisarts zijn in het onderzoek 3 mogelijkheden aangegeven: 1. “advies alleen”, 2. “advies en medicatie”, 3. “advies en verwijzing”.

In tabel 5 worden de resultaten getoond van de relatie van elk van deze drie interventies op de kenmerken van het beloop (ernst, hinder en kwaliteit van leven).

Tabel 5 De invloed van het handelen van de huisarts op de klachtenverandering in punten per actie-niveau.

“advies alleen” (n=75)	waarde T0	waarde T1/2	verandering	95% BI	percentage	signifi- cantie
ernst van plasklachten	12,9	10,5	3,4	(2,0-4,8)	26,3%	Ja
hinder	16,5	14,5	2	(0,9-3,1)	12,1%	Ja
Qol - fysiek	2,9	2,7	0,1	(-0,4-0,6)	3,4 %	Nee
Qol - mentaal	3,3	3,1	0,1	(-0,3-0,5)	3,0 %	Nee
Qol - seksueel	5,5	5,4	0,1	(-0,3-0,5)	1,8 %	Nee
“advies en medicatie” (n=55)						
ernst van plasklachten	15,9	11,2	4,7	3,0-6,4)	29,6%	Ja
hinder	18,3	15,9	2,4	1,5-3,3)	13,1%	Ja
Qol - fysiek	3,3	3,2	0,1	(-0,4-0,6)	3,0%	Nee
Qol - mentaal	4,1	3,6	0,5	(0,0-1,0)	12,1 %	Ja
Qol - seksueel	6,1	5,7	0,4	(-0,2-0,4)	6,6 %	Nee
“advies en verwijzing” (n=34)						
ernst van plasklachten	14,9	8,4	6,5	(3,7-9,3)	43,6%	Ja
hinder	17,1	13	4,1	(2,2-6,0)	23,0%	Ja
Qol - fysiek	2,9	2,9	0	(-0,7-0,7)	0,0 %	Nee
Qol - mentaal	3,5	3,2	0,3	(-0,3-0,9)	8,6 %	Nee
Qol - seksueel	5,9	6,4	-0,5	(-1,2-0,2)	-8,4 %	Nee

De statistische bewerking werd uitgevoerd met de F-toets, waarbij significantie werd aangetoond voor $p < 0,05$.

Binnen de groep “advies alleen” werd de minste reductie op ernst gevonden (26%), gevolgd door de groep “advies en medicatie” (30%). In de groep “advies en verwijzing” werd de meeste verbetering gevonden (44%).

Het kenmerk hinder verbeterde het sterkst in de groep “advies en verwijzing” (23%), terwijl in de groep “advies alleen” en “advies en medicatie” dit effect minder groot was (12% resp. 13%). Dit zijn alle statistisch significante resultaten.

Het handelen van de huisarts heeft het meest invloed op het mentale domein van kwaliteit van leven bij de interventie “advies en medicatie” (12%). Dit was een significante bevinding. Hier verbeterde ook het kwaliteit van leven domein seksualiteit het sterkst (7%), terwijl dit domein bij de groep “advies en verwijzing” met 8% verslechterde. Deze bevindingen waren niet significant.

Wanneer rekening gehouden wordt met de hoogte van de klachten op de uitgangspositie (T0), gaf iedere actie van de huisarts een significante verbetering van het beloop.

5.4 Conclusie

Het beloop van de klachten is op drie manieren beoordeeld. In de eerste plaats is aan de patiënt gevraagd hoe het met de klachten ging na het eerste bezoek aan de huisarts. Hoewel niet iedereen antwoordde op deze vraag, gaf een groot percentage mannen aan dat de klachten waren verbeterd, gevolgd door de groep die antwoordde dat de klachten hetzelfde waren gebleven. Het bleek dat de “verbeterden” óók een positieve klachtenverandering via de IPSS-klachtenlijst hadden aangegeven: hun eigen antwoorden waren dus congruent met de verandering in beloop gemeten via de IPSS-scorelijst.

In de tweede plaats is het beloop beoordeeld op verandering van de ernst, hinder en kwaliteit van leven. Het blijkt dat het bezoek aan de huisarts vooral een duidelijke verbetering geeft van de ernst en in mindere mate van de hinder. Op de domeinen van kwaliteit van leven zijn de verbeteringen weliswaar positief, maar zeer gering.

In de derde plaats zijn de invloeden van een aantal factoren op het beloop beoordeeld.

Ten eerste de invloed van de klachten zelf: de *komers* met omvangrijke klachten hebben een gunstiger beloop van hun klachten beoordeeld op ernst en hinder dan de *komers* met mildere klachten.

Ten tweede: van een aantal algemene kenmerken van de patiënt, zoals leeftijd, co-morbiditeit, het al of niet werkzaam zijn, de hoogte van de

opleiding en het feit of zij alleenstaand zijn of niet, kon geen invloed op het beloop worden aangetoond.

Ten derde: wanneer de diagnoses die de huisarts stelde in twee groepen worden verdeeld, één groep met als diagnose Bemoeilijkt mictie en één groep met de diagnoses passend bij ontsteking en kanker van de urinewegen of prostaat, aangevuld met een rest-groep, worden in beide groepen positieve verbeterscores gezien op de kenmerken van ernst en hinder. In de groep met ontstekingen en kanker worden overigens de grootste verbeteringen gezien.

Weinig mannen veranderen van diagnosegroep en per diagnosegroep worden nauwelijks veranderingen gezien op de domeinen van kwaliteit van leven; in de groep ontstekingen en kanker wordt zelfs een verslechtering gezien op het domein mentale gezondheid.

Tenslotte het beleid van de huisarts. Het beleid kent drie mogelijkheden van actie of interventie: “advies alleen”, “advies en medicatie”, “advies en verwijzing”. Het maakt niet uit welke interventie de huisarts doet: alle uitkomsten van het consult hebben een positieve invloed op het beloop van de ernst en hinder van de klachten. De actie “advies en verwijzing” geeft de meeste reductie van de ernst en hinder van de klachten, maar werd het minst toegepast.

De acties van de huisarts hadden weinig of geen invloed op de verandering op de domeinen van kwaliteit van leven. Er zijn twee uitzonderingen: het handelen van de huisarts had een positieve invloed op het mentale domein van kwaliteit van leven bij de interventie “advies en medicatie” en een negatieve invloed op het kwaliteit van leven domein seksualiteit bij de interventie “advies en verwijzing”.

5.5 Beschouwing en discussie

De eigen mening over het beloop

De eigen mening van de komer, die zich uitsprak over het beloop van zijn klachten, kan getoetst worden aan de gegevens van de IPSS-klachtenscore die hij invulde een half jaar na het eerste bezoek aan de huisarts. Zo kan achteraf bepaald worden of de komer consistent was in zijn uitspraak over het feit dat hij vond dat de klachten waren verbeterd. Het resultaat van deze “controle” is dat zijn eigen mening paste bij de resultaten van de klachtenscore.

Terugredenerend kan gesteld worden dat op deze manier bewezen werd dat de IPSS-klachtenscore dan ook discriminerend was voor het aangeven van een verbetering.

De komer is dus congruent in zijn opvattingen die hij beschreef. Vanzelfsprekend is de uitkomst van de klachtenscore ook een “subjectieve meting” die niet gecontroleerd kan worden aan een gouden standaard. Het opnemen van een open vraag in de vragenlijst heeft tevens een risico: het responspercentage lag rond de 75%: vond een aantal mannen het te moeilijk om een antwoord te formuleren en hadden zij liever een antwoord gegeven via een gestructureerde vragenlijst? Het antwoord op deze vraag is moeilijk te geven; de mogelijkheid om te kiezen uit vóóraf gestelde antwoorden heeft óók methodologische nadelen. Daarnaast bleek dat het aantal mannen dat een onduidelijk antwoord gaf, betrekkelijk groot was. Alles overziende lijkt er toch een meerwaarde te zijn in het feit dat de komer zich zelf kon uitspreken over het beloop en dat uiteindelijk op een heel eigen wijze heeft gedaan.

Het beloop van de klachten naar ernst, hinder en invloed op kwaliteit van leven

Een duidelijke uitkomst van de studie naar het beloop is het feit, dat gemiddeld de ernst van de klachten verbeterde: in een periode van een half jaar reduceerde men het klachtenniveau van het eerste consult bijna met één derde.

De gemiddelde hinderscore daalde niet symmetrisch met de verbetercore op ernst: er werd wél een reductie van hinder gevonden, maar de reductie was minder sterk dan de verandering van ernst.

In tegenstelling tot de sterke samenhang tussen de zeven vragen over ernst en hinder van de gemodificeerde IPSS-scorelijst bij de nul-meting, is de correlatie tussen beide nu veel minder sterk.

De conclusie zou kunnen luiden dat mannen bij de tweede meting van hun klachtenscore na een half jaar, de klachten toch nog hinderlijk vinden ondanks afname van de ernst.

Voorstelbaar is dat een informatie-bias hier een rol speelt: mannen zijn door de vragenlijst alerter op het registreren van hinder en geven aan dat, ondanks afname van de frequentie van hun klachten, de hinder ervan blijft bestaan. Anders gezegd: of je nu éénmaal je bed uit moet om te plassen of driemaal, het blijft hinderlijk!

De reductie op de klachtenscore van de domeinen van kwaliteit van leven was zeer gering. Een aantal factoren speelt wellicht een rol: hoewel er gebruik werd gemaakt van een gevalideerde “Quality of Life” vragenlijst met een visueel analoge schaal³, is het voorstelbaar dat de vragenlijst toch te ongevoelig was om een verandering op de drie domeinen, fysieke gezondheid, mentale gezondheid en seksualiteit, te registreren.

Overigens kon in een andere studie waar het effect van medicatie werd beoordeeld, wél verandering worden gemeten⁴.

Aannemelijker is dat plasklachten mannen in fysiek of mentaal opzicht weinig plagen en dat er daarom over een periode van een half jaar, ondanks bezoek aan de huisarts, weinig verandering is en er dus niets gemeten kan worden.

Deze bevinding wordt ondersteund door ander onderzoek onder mannen met plasklachten, waar men aantoonde dat de klachten weinig of geen lichamelijke of psychische beperking gaven⁵. Lagro-Janssen⁶ komt overigens in deze “natte” context tot dezelfde conclusie in haar studie van incontinentieklachten bij vrouwen: er is ook weinig psychisch leed bij vrouwen die klachten hebben van ongewenst urineverlies.

Voorstelbaar en voorspelbaar is dat ook op het domein seksualiteit weinig verandering zou worden geregistreerd, waarvoor echter een andere verklaring gegeven kan worden dan die met betrekking tot de domeinen fysieke beperking en mentale gezondheid: het is uit eerder onderzoek bekend dat plasklachten met seksuele dysfunctie géén direct causale relatie hebben^{7,8,9}. Ze komen wél vaak in combinatie met elkaar voor.

Het blijkt ook al eerder in deze studie dat de komer, zie hoofdstuk 4, “Mannen met plasklachten, wie komt er op het spreekuur van de huisarts” op dit onderdeel een verhoudingsgewijs hoge score had, die onafhankelijk is van de ernst van de plasklachten. Bij de meting na een half jaar blijkt dan ook het niveau van beperking hetzelfde als bij de nul-meting en kon er geen verandering worden geregistreerd.

De factoren die het beloop beïnvloeden

De komer met omvangrijke klachten verbeterde tijdens de studieperiode zijn klachtenscore veel meer dan de komer die met mildere klachten op het spreekuur kwam. Deels zou deze waarneming - het beloop van de komers met ernstiger klachten is gunstiger dan van de komers met mildere klachten - toegeschreven kunnen worden aan het effect van regressie naar het gemiddelde: het verschijnsel dat men het verschijnsel dat men bij hoge meetuitkomsten bij de eerste meting bij een tweede meting als gevolg van natuurlijke variabelen gemiddeld lagere meetuitkomsten vindt¹⁰.

Het blijkt echter dat, onafhankelijk van de omvang van de klachten van de nul-meting, de groep met hevige klachten blijft verschillen van de groep met milde klachten. De oorzaak van het effect van verbetering moet gelegen zijn in factoren die in de onderzoeksperiode een rol speelden.

Welke rol speelden de kenmerken van de komer zélf in het beloop van zijn klachten? Het zou aannemelijk zijn dat verschillen in leeftijd of co-morbiditeit ook verschillen in beloop zouden genereren en dat bovendien ook kenmerken van de sociale context van de patiënt hierin een rol zouden spelen, zoals opleidingsniveau en burgerlijke staat.

Uiteindelijk wordt er voor alle hierboven genoemde kenmerken géén effect gevonden op het beloop. Een verklaring voor deze conclusie is dat deze kenmerken bij de nul-meting óók al geen relatie vertoonden met de omvang van de klachten waarmee de komer bij de huisarts komt. De kans dat een meting een half jaar later wél verandering laat zien is dan niet groot.

Een duidelijke uitkomst is, dat de groep met diagnoses met betrekking tot infectie en kanker een grotere verbetering had in het beloop dan de groep met de diagnose Bemoeilijkt mictie. Het is in ieder geval voorstelbaar dat door het logischerwijs voorschrijven van antibiotica in de infectiegroep, een forse klachtenreductie op getreden is en dat de therapeutische opties in de groep Bemoeilijkt mictie hier bij achterbleven. Overigens werd ook bewezen dat beide groepen in uitkomst bleven verschillen als er rekening werd gehouden met de uitgangssituatie van de klachten bij de nul-meting.

Het is opvallend dat, bij de verdeling van de komers in de twee diagnosegroepen – een groep met de diagnose Bemoeilijkt mictie (1) en een groep met de diagnose Andere diagnoses (2) - opnieuw de verbetering van de hinder achterblijft bij de verbetering van ernst.

Dit effect wordt het sterkst gemeten bij groep 2 met infectie, kanker en een restgroep.

Het is voorstelbaar dat juist in deze groep, eventueel na klinische ingrepen en behandeling, de frequentie van de verschillende symptomen van de plasklachten wél in positieve zin veranderen, maar dat men aangeeft dat de last en hinder minder sterk verbeteren.

Zoals al bleek bij de eerdere beschrijving van het beloop van de onderdelen van kwaliteit van leven, waren ook hier de effecten op verandering binnen de twee diagnosegroepen gering. In de diagnosegroep 2 werd een verslechtering gezien op het domein seksualiteit. Dit effect wordt mogelijk veroorzaakt door een in deze groep voorstelbaar hoger risico op klinische interventie en het gebruik van medicijnen, waardoor bijwerkingen invloed zouden hebben op de seksuele functie van de komer in deze groep.

Het beleid van de huisarts had, onderscheidend, invloed op het beloop: de verwijsgroep, hoewel het kleinst in getal, verbeterde procentueel het meest terwijl de adviesgroep en de medicatiegroep dezelfde verbetering van het beloop laten zien.

De voor de hand liggende uitspraak : ‘dat dan maar iedereen doorverwezen moet worden!’ is echter niet juist. Beter past wellicht de conclusie dat de huisarts door de juiste selectie van de patiënten dit resultaat heeft bewerkstelligd. Hierbij is het overigens opvallend dat de omvang van de klachten bij de nul-meting, in de verwijsgroep niet hoger was dan in de

adviesgroep en medicatiegroep. Er moeten dus andere factoren een rol gespeeld hebben bij de reden van verwijzing, waarbij een belangrijke rol lijkt weggelegd voor de diagnose die de huisarts stelde.

Tussen de adviesgroep, waar “advies” vaak staat voor geruststelling van de komer, en de medicatiegroep werd weinig verschil aangetroffen: voor beide verbeterde de klachtenscore met bijna één derde, waarbij de medicatiegroep de adviesgroep iets vóórbleef in het percentage verbetering dat werd geregistreerd. Treffend is de sterke verbetering van de psychische gesteldheid van de komer in de medicatiegroep, terwijl ook de scores van de beleving van seksualiteit, hoewel niet kenmerkend, verbeterden in deze groep. In deze groep werden naast alfablokkers ter ondersteuning van de plasklachten ook antibiotica voorgeschreven.

Kennelijk heeft het therapeutisch effect van deze medicatie een verbetering gegeven op deze domeinen van kwaliteit van leven, terwijl uiteindelijk de hinderscore niet spectaculair daalde. Begrijpelijk is dat alfablokkers en zeker antibiotica, plasklachten, maar ook pijn en koorts kunnen reduceren en dat hierdoor een subjectieve verbetering optreedt. Voorstelbaar zou zijn dat dan ook de hinderscore in deze groep sterker zou verbeteren dan bij het beloop van de andere groepen. Zou een bijkomend “antidepressief” effect wellicht een rol spelen waardoor de komer zich in mentaal en seksueel opzicht beter voelde?! Dit wordt van de voorgeschreven medicatie in de literatuur niet beschreven, waardoor uiteindelijk dit gegeven niet goed verklaard kan worden.

5.6 Literatuur

- 1 Hobus PPM, Hofstra ML, Boshuizen HPA, Schmidt HG. De context van de klacht als diagnosticum. *Huisarts Wet* 1988; 31: 261-3.
- 2 SAS/STAT Userguide Version 8 1999. SAS Institute Inc. , Cary NC USA. ISBN 1-58025-494-2.
- 3 Luckacs B, Comet D, Grange JC, Thibault P. Construction and validation of a short-form benign prostatic hypertrophy health-related quality-of-life questionnaire. BPH Group in General Practice. *Br J Urol.* 1997 Nov;80(5):722-30.
- 4 Lukacs B, Blondin P, McCarthy C et al. Safety profile of 3 months' therapy with alfuzosin in 13.389 patiënts suffering from benign prostatic hypertrophy. *Eur Urol* 1996; 29: 29-35.
- 5 Sonke GS, Kolman D, Rosette de la JJMCH, Donkers LHC, Boyle P, Kiemeny LALM. Prevalentie van lagere urinewegsymptomen bij mannen en de invloed op hun kwaliteit van leven: het Boxmeer- onderzoek. *Ned Tijdschr Geneesk* 2000; 144(53):2558-63.
- 6 Lagro-Janssen ALM. Urine-incontinentie bij vrouwen in de huisartspraktijk [dissertatie]. Nijmegen 1991.
- 7 Blanker MH, Bolnen AM, Groeneveld FPMJ et al. Erectiestoornissen bij mannen van 50 jaar en ouder: prevalentie, risicofactoren en ervaren hinder. *Ned Tijdschr Geneesk* 2001; 145 (29): 1404-9.
- 8 Green JS, Holden ST, Bose P, George DP, Bowsher WG. An investigation into the relationship between prostate size, peak urinary flow rate and male erectile dysfunction. *Int J Impt Res* 2001; 13: 322-5.
- 9 Frankel SJ, Donovan JL, Peters TI et al. Sexual dysfunction in men with lower urinary tract symptoms. *J Clin Epidemiol* 1998; 51: 677-85.
- 10 Van Eijck JTM, Gubbels JW. Wetenschappelijk onderzoek in de huisartsgeneeskunde. Meditekst.

MANNEN MET PLASKLACHTEN: WIE KOMT ER NIET OP HET SPREEKUR VAN DE HUISARTS?

Samenvatting

Inleiding

In dit hoofdstuk worden de kenmerken van de mannen die niet met plasklachten de huisarts bezochten (de niet-komers) onderzocht. Tevens wordt beoordeeld met welke reden zij de huisarts niet bezoeken en welke beperkingen zij van hun klachten ervaren.

Op een aantal algemene kenmerken (beleving gezondheid, zorg over prostaatklachten, visie op plasklachten en hulpzoekend gedrag) en klachten-specifieke kenmerken wordt er nagegaan of er verschillen waren met de kenmerken van de komer.

Tenslotte worden de verschillen tussen tóch-komers (zij die gedurende de onderzoeksperiode tóch het spreekuur van de huisarts bezochten) en de echte niet-komers (zij die dat gedurende de gehele onderzoeksperiode niet deden) geanalyseerd.

Methode

Gebruik wordt gemaakt van gegevens verkregen door dwarsdoorsnede-onderzoek, waarbij door middel van vragenlijsten informatie van de ingesloten patiënten wordt geëvalueerd.

Na selectie volgens de inclusiecriteria binnen 8 huisartspraktijken, zijn via een matchingsprocedure die mannen geïncludeerd die de afgelopen twee jaar niet de huisarts bezochten met plasklachten en die vergelijkbaar zijn op de kenmerken ernst en hinder met de mannen uit de komergroep.

De mannen die tijdens de onderzoeksperiode tóch de huisarts bezochten met plasklachten werden geïdentificeerd en geëxcludeerd uit de onderzoeksgroep. Zij zijn wél beoordeeld op hun kenmerken en apart vervolgd tijdens de onderzoeksperiode.

Er vond analyse plaats van de mannen uit de niet-komer groep met betrekking tot hun algemene kenmerken zoals leeftijd, burgerlijke staat, opleidingsniveau en hulpzoekend gedrag en van hun klachten-specifieke kenmerken zoals ernst en hinder van hun klachten en beperking op de domeinen van kwaliteit van leven.

Tevens werden de uitkomsten vergeleken met de resultaten van de studienaar de kenmerken van de komer.

Resultaten

De insluiting en non-respons

Volgens de inclusiecriteria werden 3569 mannen geselecteerd en gevraagd in het onderzoek te participeren. Van hen gaven 2339 mannen (66%) een respons. Van 1230 mannen (34%) werd geen antwoord gekregen. Aan ruim een derde (36%) van de non-responders werd gevraagd naar de reden van niet-beantwoording. Hierop gaf bijna de helft (48%) antwoord: het merendeel van de antwoorden had betrekking op het feit dat men geen klachten had en bij ruim 10% van de reacties vond men de klachten bij “het ouder worden” passen en gaf dat gegeven de reden om geen reactie te geven op de vragenlijst.

Van de respondenten ($n=2339$) hadden 1715 mannen (73%) ten aanzien van de beleving van de ernst, géén of lichte klachten, 547 mannen (23%) hadden matige klachten en 77 mannen (3%) hadden ernstige klachten. Er werd een positieve en sterke correlatie aangetoond tussen de mate van klachten en de mate van hinder die zij van hun klachten ondervonden.

Na een matchingsprocedure met de komers op de kenmerken van ernst en hinder, werden 162 mannen als niet-komers ingesloten die na analyse goed vergelijkbaar bleken op het niveau van klachten. Van de 162 niet-komers consulteerden 19 mannen in de onderzoeksperiode alsnog de huisarts; 5 mannen deden dit onder invloed van de vragenlijst (26%). De mannen die toch de huisarts consulteerden worden “tóch-komers” genoemd.

De algemene kenmerken van de niet-komer ($n=143$)

De leeftijd: de mediaan van de leeftijdsverdeling van de ingesloten niet-komers bedroeg, evenals als bij de groep komers, 62 jaar. De gemiddelde leeftijd van de niet-komers bedroeg 64 jaar tegen 63 jaar bij de komers.

De sociaal economische status: ruim 50% van de niet-komers was met pensioen of vervroegd gestopt met werken, terwijl 31% van hen nog betrokken was in het arbeidsproces en meer dan 20 uur per week werkte.

Van de niet-komers hadden 99 mannen (60%) een lagere opleiding. Het merendeel van de niet-komers (94%) had een partner. Deze uitkomsten verschilden niet met de groep komers.

Hulpzoekend gedrag: verdeeld over 3 categorieën naar de mate van hulpzoekendgedrag, zegt een kwart van de mannen weinig hulp te zoeken, 62% van de komers doet dit vaker en van hen zegt 12% vaak hulp te zoeken. Het hulpzoekend gedrag was niet verschillend ten opzichte van het hulpzoekend gedrag van de komers.

Medicatiegebruik: zo'n 60% van de niet-komers gebruikte chronisch medicijnen. Dit percentage week niet af van het percentage van de komers.

De algemene gezondheidstoestand: beoordeeld op de schalen van de Rand-36 als maat voor de beleving van de eigen gezondheid, werden gemiddelde scores gevonden die niet verschilden van de scores van de komers.

De klachten-specifieke kenmerken:

Van de niet-komers (n=162) hadden 48 mannen (30%) géén of lichte klachten, 76 mannen (48%) hadden matige klachten en 36 mannen (22%) hadden ernstige klachten.

De gemiddelde ernst van de klachten bedroeg 12,5 punten waarbij de schaalverdeling van de gemodificeerde IPSS-vragenlijst loopt van 0 - 35 punten.

De gemiddelde hinder van de klachten bedroeg 16,2 punten, waarbij de schaalverdeling loopt van 7 - 28 punten.

Beïnvloeding door plasklachten op de drie domeinen van kwaliteit van leven was gering voor wat betreft de fysieke en mentale componenten, op de beleving van seksualiteit werd een grotere beperking gezien. Er was een significante invloed van de ernst van de klachten: wie ernstige klachten had, had meer beperkingen, maar de samenhang was zwak.

Bezorgdheid over de klachten: indien bezorgdheid werd geuit, dan richtte men zich vooral op bezorgdheid over de eigen klachten (49%) en over het krijgen van prostaatkanker (49%). Angst om niet meer te kunnen plassen stond minder op de voorgrond (40%).

De niet-komers verschilden significant met de groep komers met betrekking tot bezorgdheid. De bezorgdheid die men uitte, richtte zich net als bij de komers vooral op de ernst van de eigen klachten en het krijgen van prostaatkanker, angst om het niet meer te kunnen plassen stond ook hier minder op de voorgrond.

De reden van niet-komst

Gevraagd naar de reden van niet-komst, gaven 143 mannen (92%) 133 antwoorden. Van de antwoorden had 32% betrekking op het feit dat de klachten niet ernstig genoeg waren voor een bezoek aan de huisarts, 34% van de antwoorden had betrekking op het feit dat er geen klachten waren. Eerdere beoordeling door huisarts of uroloog (meer dan twee jaar geleden) gaf in 17% van de antwoorden de reden van niet-komst. De resterende 17% van de antwoorden werd gevormd door een 'overigen-groep': men had er mee leren leven, men had het gevoel dat de klachten door een andere ziekte kwamen of het antwoord was onduidelijk.

De algemene kenmerken van de tóch-komer (n=19)

Leeftijd: de gemiddelde leeftijd van de tóch-komer bedroeg 69 jaar. Zij waren gemiddeld dus ouder dan de niet-komers.

De algemene gezondheidstoestand: bij vergelijking met de uitkomsten van de Rand-36 van de niet-komer wordt op iedere dimensie een lagere score gevonden Hulpzoekend gedrag: de gemiddelde score van de mate van hulpzoekend gedrag bedroeg 3,8 punten (95% BI 4,6 - 3,0).

Deze score was vrijwel identiek aan de gemiddelde score van de niet-komer

De klachten-specifieke kenmerken

In ernst van hun klachten scoorden zij gemiddeld 10% slechter dan de komer en 9% slechter op hinder. De invloed op de domeinen van kwaliteit van leven was hetzelfde met betrekking tot het seksuele domein; op het domein van fysieke invloed was een geringe toename van beperking,

(14%), terwijl de invloed op de psychische component licht verbeterde (15%). Bezorgdheid: de bezorgdheid van de groep tóch-komers verschilde kenmerkend met de niet-komers: zij waren bezorgder.

Conclusie

Uit een groep mannen van 50 jaar en ouder en die de afgelopen 2 jaar de huisarts niet hadden bezocht, is na selectie en “matching” een groep niet-komers samengesteld. Na analyse bleken zij op het niveau van klachten goed vergelijkbaar met de komer-groep.

Beoordeeld op zogenaamde “algemene kenmerken” zijn de niet-komer en komer gelijk: de kenmerken leeftijd, sociaal economische status, burgerlijke staat, medicatiegebruik en hulpzoekend gedrag zijn niet verschillend. Ook voor de beleving van hun gezondheid, gemeten op de acht dimensies van de Rand-36, worden géén verschillen gevonden tussen niet-komer en komer.

Beoordeeld op specifieke kenmerken zoals de invloed van plasklachten op de kwaliteit van leven en bezorgdheid over plasklachten, worden er kenmerkende verschillen gevonden: de niet-komer heeft minder psychische hinder van de klachten, heeft minder hinder in de beleving van seksualiteit en is minder bezorgd over de plasklachten.

Bij de beantwoording van de vraag waarom men de huisarts niet had geconsulteerd met plasklachten, gaf een derde van de mannen aan dat zij geen klachten hadden. Wanneer hun antwoord wordt vergeleken met hun ernst-score, blijkt dit antwoord consistent: zij hadden inderdaad een lage score op ernst. Ook bleek dat de groep mannen die eerder beoordeeld waren door de huisarts of uroloog (meer dan twee jaar geleden) een relatief hoge klachtenscore hadden.

Tenslotte zijn de niet-komers die tóch met plasklachten de huisarts tijdens de studieperiode bezochten, vervolgd en op algemene en klachten-specifieke kenmerken vergeleken met de échte niet-komers. Er waren duidelijk verschillen in gemiddelde leeftijd en beleving van gezondheid: deze tóch-komers waren gemiddeld ouder dan de niet-komers en scoorden lager op alle dimensies van de Rand-36 dan de niet-komers. Met betrekking tot de neiging tot hulp zoeken werd er geen verschil gevonden.

Zowel in ernst als in hinder was de gemiddelde score van de tóch-komer hoger dan de echte niet-komer. De invloed op de domeinen van de kwaliteit van leven was niet kenmerkend verschillend. Wel was er verschil in bezorgdheid: de groep was gemiddeld bezorgder dan de niet-komers.

6.1 Inleiding

Waarom gaan mannen met plasklachten niet naar de huisarts? Gevraagd aan een aantal mannen waarom zij met deze klacht het spreekuur van de huisarts de laatste twee jaar niet hadden bezocht, antwoordde het merendeel dat zij geen klachten hadden of dat de klachten niet erg genoeg waren en “bij de leeftijd” pasten.

Zo beschreef een niet-komer het in eigen woorden: “daarvoor vind ik de hin-

der niet groot genoeg. Ik vind dat men een gering ongemak als gevolg van het ouder worden gewoon moet accepteren.”

Een ander gaf de volgende mening: “de klachten zijn niet zodanig dat ik naar de dokter ga, wel heb ik een zeer grote prostaat volgens de huisarts, een joekel zei hij!” Kennelijk waren er ook mannen die (langer dan 2 jaar geleden) wel een keer hun klachten hadden gemeld bij de dokter maar dat de klachten niet ontvankelijk waren verklaard: “ik ben al eens een keer met deze klacht bij de huisarts geweest, maar hij reageerde hier bijna niet op. Ik was nog te jong hiervoor. Kom later maar eens terug!”

In dit hoofdstuk worden de volgende deelvragen behandeld:

- Welke algemene kenmerken hebben de mannen die niet met plas-klachten bij de huisarts komen? (6.3.2.)
- Wat zijn hun klachten-specifieke kenmerken? (6.3.3)
- Wat is hun eigen verklaring van niet-consulteren? (6.3.4)
- Welke verschillen zijn er tussen de kenmerken van de niet-komers en komers? (6.3.5)
- Wat zijn de (algemene en klachten-specifieke) kenmerken van de mannen die tóch de huisarts bezochten tijdens de onderzoeksperiode en zijn er verschillen met de niet-komers? (6.3.6)

6.2 Patiënten en Methoden; de selectie van de onderzoeksgroep

De selectie van de niet-komers kwam in drie stappen tot stand en werd uitgevoerd in acht huisartspraktijken met een geautomatiseerd patiëntenbestand, waar naast gebruik van de medische module, kennis en ervaring was met selectieprocedures van patiëntengroepen.

In de eerste stap selecteerde de huisarts alle mannen die de afgelopen twee jaar niet met plasklachten op het spreekuur waren geweest volgens de inclusiecriteria beschreven in hoofdstuk 2, “Opzet van het onderzoek”.

Vervolgens (tweede stap) kregen zij door middel van een brief van de eigen huisarts informatie over het onderzoek én de eerste vragenlijst (vragenlijst 2.0) met het verzoek deze op te sturen naar de onderzoeker. Zij kregen op deze wijze informatie over de aard en de opzet van het onderzoek en de waarborg voor anonieme verwerking van hun gegevens. Door het insturen van de vragenlijst, gaven zij hun toestemming om aan het onderzoek mee te doen. De inhoud van de vragenlijst wordt beschreven en verantwoord in hoofdstuk 2, “Opzet van het onderzoek”.

In de derde stap werden door de onderzoeker de responderende niet-

komers, afhankelijk van hun klachtenscore, verdeeld over een matrix waarin de score op ernst en hinder in vijf groepen was verdeeld naar de uitkomsten van de vragenlijst aan de komers (vragenlijst 1.1).

De niet-komers werden “gematcht” met de komers volgens de procedure en de verantwoording welke worden beschreven in hoofdstuk 2, “Opzet van het onderzoek”.

Zo werd een groep gevormd van niet-komers die op klachtenniveau gelijk was met de komer-groep en vergeleken kon worden met de komer-groep op algemene en klachten-specifieke kenmerken. De op deze wijze ingesloten niet-komers kregen vervolgens het verzoek om bij de start van de studieperiode (tijdstip T0) vragenlijst 2.1 ingevuld retour te zenden. De inhoud van deze vragenlijst wordt beschreven en verantwoord in hoofdstuk 2, “Opzet van het onderzoek”.

Tussen T0 en het einde van de onderzoeksperiode (T1/2) bezochten 19 niet-komers alsnog het spreekuur van de huisarts..

Zij zijn na exclusie uit de niet-komer groep meegenomen in de beschrijving van de niet-komers én in de beoordeling van het beloop van hun klachten en worden als zodanig apart beschreven als *tóch-komers*.

Als meetinstrument werd vragenlijst 2.1 gebruikt, waarvan de inhoud wordt verantwoord in Hoofdstuk 2, “Opzet van het onderzoek”.

Voor de analyse van de onderzoeksgegevens werd gebruikt gemaakt van het statistisch pakket SAS¹ versie 8. Ordinale schalen zijn opgevat als intervalschalen en gemiddelden zijn berekend om de vergelijking met het literatuuronderzoek te kunnen maken. Verschillen tussen gemiddelden en veranderingen tussen gemiddelden zijn getoetst met de F-toets (proc GLM). Bij afwijkingen van normaliteit is, voordat de F-toets werd berekend, een geschikte transformatie van de data toegepast.

Bij vergelijking van veranderingen tussen groepen is, naast de toets op de gemiddelde verandering, ook rekening gehouden met de uitgangswaarden op T0. Zowel bij de Chi-kwadraattoets als bij de F-toets worden overschrijdingskansen van minder dan 5% statistisch significant genoemd. Bij de interpretatie van correlatiecoëfficiënten is de volgende indeling gehanteerd: correlaties ≤ 0.39 werden als zwak benoemd, 0.40 – 0.59 als matig en ≥ 0.60 als sterk.

6.3 Resultaten

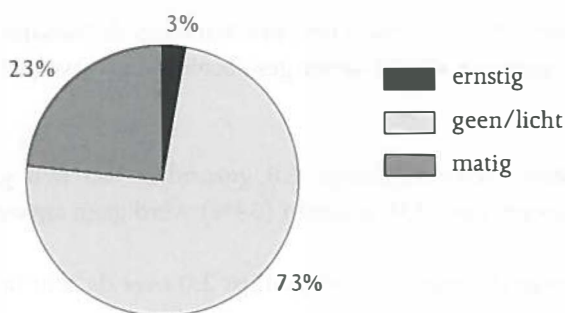
6.3.1 De insluiting van de patiënten door de huisartsen en de reden van niet-respons

De insluiting

Aan 3569 mannen werd na selectie door de huisarts vragenlijst 2.0 toegezonden. Van hen reageerden 2339 mannen (66%) door het terugsturen van een vragenlijst die geschikt was voor analyse van hun gegevens.

De ernst van de klachten werd ingedeeld in drie groepen afhankelijk van het puntenaantal van de gemodificeerde IPSS-vragenlijst. Hierbij werd de gangbare internationale indeling gehanteerd met een schaalbreedte van 0 – 35 punten (lichte tot ernstige klachten): groep 1 (licht) van 0-7 punten, groep 2 (matig) van 8-19 punten en groep 3 (ernstig) van 20-35 punten.

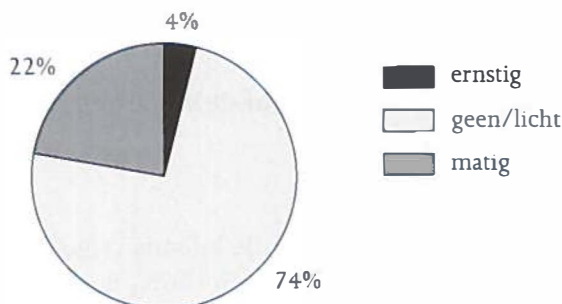
Ten aanzien van de beleving van de ernst hadden 1715 mannen (73%) geen of lichte klachten, 547 mannen (23%) hadden matige klachten en 77 mannen (3%) hadden ernstige klachten (figuur 6.1).



Figuur 6.1 De klachten van de niet-komer naar ernst in procenten.

De mate van hinder van de klachten werd berekend afhankelijk van het puntenaantal dat per hindervraag werd gescoord met een schaalbreedte van minimaal 7 tot maximaal 28 punten. De scores werden verdeeld over drie groepen: 1729 mannen (74%) hadden geen of lichte hinder (7 - 13 punten), 517 mannen (22%) matige hinder (13 - 20 punten) en 93 mannen (4%) hadden ernstige hinder (21 - 28 punten).

Er werd per vraag een positieve, significante samenhang aangetoond tussen mate van de ernst en de hinder die men van de klachten ondervond en deze correlatie was sterk en gold voor alle zeven vragen van de gemodificeerde IPSS-vragenlijst. De mate van correlatie per vraag, uitgedrukt in de



Figuur 6.2 De hinder van de niet-komer naar ernst in procenten.

Pearson-correlatie Coëfficiënt, varieerde van Pearson- $r = 0.64$ tot Pearson- $r = 0.83$, $p < 0.05$.

Voor de matching werden 184 mannen op grond van hun profiel geselecteerd. Van hen gaven 22 mannen (12%) geen gehoor aan de uitnodiging te participeren in de studie. Zo werden 162 mannen geselecteerd die vergelijkbaar waren in de score van ernst en hinder met de komers op tijdstip T0.

Van hen bezochten 19 (12%) tóch het spreekuur van de huisarts en werden uiteindelijk 143 mannen als niet-komer geselecteerd en vervolgd.

De non-respons

Aan 3569 mannen werd vragenlijst 2.0 gezonden. Van hen gaven 2339 (66%) een antwoord, van 1230 mannen (34%) werd geen antwoord gekregen.

De verdeling van de respons op vragenlijst 2.0 over de acht huisartspraktijken wordt getoond in tabel 1.

Uit de acht huisartspraktijken werden drie praktijken geselecteerd voor onderzoek naar de reden van non-respons. De criteria van selectie werden door twee afwegingen bepaald:

1. de representativiteit met betrekking tot de onderzoekspopulatie,
2. redenen van logistieke en organisatorische aard, mede gezien de onderzoeksopzet en capaciteit.

Gekozen werd voor 2 solopraktijken (verstedelijkt gebied en platteland) en 1 duo-praktijk (verstedelijkt gebied). De resultaten worden getoond in tabel 2.

De 253 antwoorden werden uitgewerkt en gerubriceerd (zie tabel 3). Het merendeel van de antwoorden (53%) had betrekking op het feit dat men

Tabel 1 De verdeling over de 8 huisartspraktijken van de respons van de geselecteerde mannen (n=3569) op vragenlijst 2.0 in aantal en procenten.

vragenlijst 2.0			
praktijklocatie	verzonden	respons	percentage
Franeker	497	319	64%
Groote gast	325	191	59%
Roden	456	327	72%
Eelde/Paterswolde	913	604	66%
Leek 1	447	301	67%
Leek 2	410	262	64%
Leek 3	309	211	68%
Leek 4	212	124	58%
Totaal	3569	2339	66%

Tabel 2 De respons op de vragenlijst naar reden van non-respons binnen 3 huisartspraktijken (n=437) in aantal en procenten.

non-respons vragenlijst			
Praktijklocatie	verzonden	Respons	percentage
Franeker	177	82	46%
Groote gast	133	51	38%
Roden	127	78	61%
Totaal	437	211	48%

Tabel 3 De redenen van non-respons (n=253) in aantal en percentage.

redenen non-respons	Aantal	percentage
1. ik heb geen plasklachten	135	53%
2. ik denk dat het bij het ouder worden hoort	34	13%
3. ik vind het een te persoonlijk onderwerp	7	3%
4. ik heb geen vertrouwen dat mijn gegevens anoniem blijven	9	4%
5. ik zie het nut niet in van dit onderzoek	10	4%
6. ik heb een heel andere reden	43	17%
7. ik heb mijn vragenlijst wél verzonden	15	6%

geen klachten had en bij ruim 10% van de reacties vond men de klachten bij “het ouder worden” passen en gaf dat gegeven de reden van non-respons.

Uit 43 antwoorden (17%) bleek een andere reden waarom men niet had geantwoord (zie tabel 4):

Meestal was men de vragenlijst vergeten of kwijt (53%). Slechts uit een kleine minderheid (3%) van de antwoorden, bleek dat men het een te persoonlijk onderwerp vond om een reactie te geven.

Tabel 4 De andere redenen van non-respons (n=43) in aantal en percentage.

Reden	Aantal	Percentage
vergeten/kwijt/blijven liggen	23	53%
andere fysieke klachten	7	16%
ziekenhuisopname/geopereerd of in behandeling	6	14%
geen zin!	5	12%
Overleden	2	5%

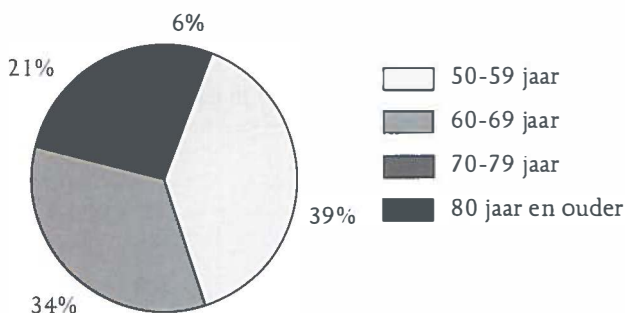
6.3.2 De algemene kenmerken van de niet-komers

De leeftijd van de niet-komer

Van de niet-komers waren 72 mannen 62 jaar of jonger, 71 mannen waren ouder dan 62 jaar.

Hun gemiddelde leeftijd bedroeg 62,9 jaar (95% BI 64,3 – 61,5), terwijl de gemiddelde leeftijd van de komer 63,1 bedroeg.

De leeftijdsverdeling van niet-komers is ingedeeld in 4 categorieën (figuur 6.3).



Figuur 6.3 Leeftijdsindeling niet-komers in procenten (n = 143).

Arbeidssituatie en opleiding; de sociaal economische status (SES).

Van de onderzoeksgroep gaf ruim 50% aan met pensioen of vervroegd gestopt te zijn met werken. Binnen de groep zonder werk waren 19 mannen (13%) arbeidsongeschikt.

Binnen de groep mannen mét werk werkte het merendeel (96%) meer dan 20 uur per week (zie tabel 5).

Tabel 5 Arbeidssituatie van de onderzoeksgroep in procenten (n=143).

zonder werk	3%
arbeidsongeschikt	13%
pensioen/vut	54%
werk < 20 uur	1%
werk > 20 uur	30%

Van de onderzoeksgroep gaven 84 mannen (59%) aan dat zij een z.g. lager opleidingsniveau hadden. Zij doorliepen het lager onderwijs, het lager beroeps onderwijs, het middelbaar algemeen onderwijs en middelbaar beroepsonderwijs.

Van de onderzoeksgroep voltooiden 54 mannen (38%) een hogere opleiding.

Van 5 mannen (3%) werden gegevens ontvangen die niet duidelijk in een herkenbare klasse konden worden ingedeeld

Burgerlijke staat van de ingesloten niet-komer

Van de niet-komers was 94% van de mannen gehuwd danwel samenwonend, 10 mannen (7%) gaven aan dat zij alleenstaand waren.

Van hen waren 2 weduwnaar en was 1 man gescheiden.

Medicatiegebruik

Gevraagd naar chronisch medicijngebruik, antwoordden 87 mannen (61%) géén zogenaamde onderhouds-medicatie te gebruiken.

Van de mannen die wel medicatie gebruikten (39%), slikte 8% van hen een zogenaamde plastablet (diureticum), 21% gebruikte een middel tegen hoge bloeddruk (antihypertensivum) en 10% gebruikte een ander geneesmiddel.

Geneigdheid de huisarts te bezoeken; hulpzoekend gedrag

De mate van hulpzoekend gedrag werd gemeten met een negental vragen, waarin per vraag een korte beschrijving werd gegeven van een aantal klachten waarvoor men hulp zou kunnen vragen van een dokter (zie tabel 6).

De niet-komers werden ingedeeld naar de frequentie waarop men een positief antwoord gaf op één van de negen vragen betreffende hulpzoekend gedrag:

Tabel 6 Hulp invoeren van de huisarts door de niet-komers (n=143).

Zou u naar een huisarts gaan indien u:

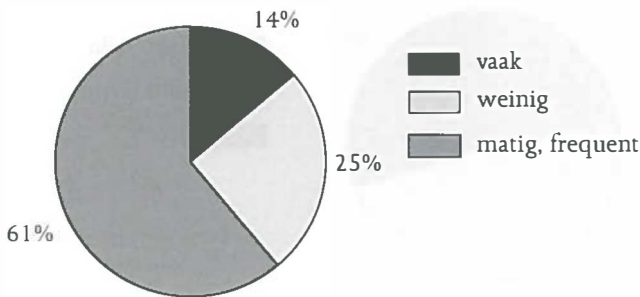
		Aantal	Percentage
1. zich slap voelt en 3 dagen koorts heeft	ja	82	57%
	nee	36	25%
	weet niet	25	18%
2. zich 3 dagen slap voelt en op de 3e dag koorts krijgt?	ja	76	53%
	nee	33	23%
	weet niet	34	24%
3. een hevige hoest heeft, die een week aanhoudt en niet opknapt?	ja	87	62%
	nee	36	25%
	weet niet	20	14%
4. zich een week moe en terneergeslagen voelt en niet weet hoe dit komt?	ja	29	20%
	nee	82	57%
	weet niet	33	23%
5. uw knie verdraait en 3 dagen last heeft bij het lopen?	ja	66	46%
	nee	57	40%
	weet niet	20	14%
6. 3 dagen een zware verkoudheid heeft zonder koorts?	ja	6	4%
	nee	134	94%
	weet niet	3	2%
7. 4 dagen keelpijn heeft en het niet opknapt?	ja	55	37%
	nee	64	45%
	weet niet	24	17%
8. zich enkele weken zorgen maakt zonder duidelijke reden?	ja	27	19%
	nee	87	61%
	weet niet	29	20%
9. bloed bij de ontlasting ontdekt, terwijl u zich verder goed voelt?	ja	121	85%
	nee	13	9%
	weet niet	9	6%

Categorie 1 (weinig frequente consultatie), minder dan driemaal "ja": 26% van de niet-komers.

Categorie 2 (matig frequente consultatie), méér dan driemaal en minder dan zevenmaal "ja": 62% van de niet-komers .

Categorie 3 (zeer frequente consultatie), méér dan zevenmaal "ja": 12% van de niet-komers.

De resultaten worden weergegeven in figuur 6.4.



Figuur 6.4 Het invoeren van hulp van de huisarts door de niet-komers in procenten.

De algemene gezondheidstoestand

De Rand-36 werd gebruikt als vragenlijst voor het meten van de algemene gezondheidstoestand van de niet-komers. De resultaten van de antwoorden staan per schaal vermeld in tabel 7. Het blijkt dat de niet-komers én de komers op alle aspecten van de Rand-36 vergelijkbaar zijn.

Tabel 7 De beleving van de algemene gezondheidstoestand (Rand-36) door de niet-komer (n=143) en komer (n=167).

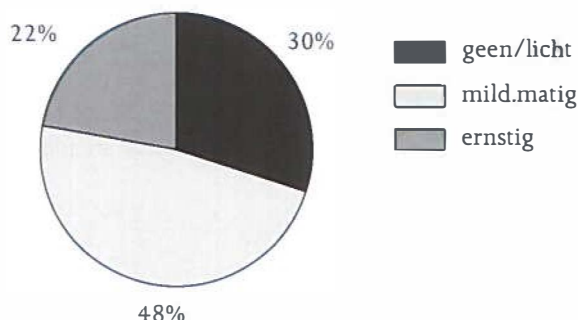
	gemiddeld niet-komer	95% B I	gemiddeld komer	95% B I
1. fysiek functioneren	78,6	(74,9 - 82,3)	79,7	(76,4 - 83,0)
2. sociaal functioneren	81,6	(78,2 - 84,8)	81,3	(78,4 - 84,2)
3. rolbeperkingen; fysiek	79,9	(70,0 - 95,4)	74,1	(68,4 - 79,8)
4. rolbeperkingen; emotioneel	79,0	(72,9 - 85,1)	79,7	(74,4 - 85,0)
5. mentale gezondheid	75,8	(73,3 - 78,3)	76,1	(73,3 - 78,5)
6. vitaliteit	64,4	(61,5 - 67,3)	64,3	(61,4 - 67,2)
7. pijn	81,7	(79,3 - 86,3)	82,5	(79,4 - 85,6)
8. algemene gezondheidsbeleving	62,5	(45,8 - 51,0)	63,7	(61,2 - 66,2)

De klachten-specifieke kenmerken van de niet-komers

Ernst van de klachten

De gemiddelde ernst van de klachten bedroeg 12,5 punten (95% BI 13,8 - 11,1) op de schaalverdeling van de gemodificeerde IPSS-vragenlijst die loopt van 0 - 35 punten.

In kwantitatief opzicht hadden 43 mannen (30%) geen of lichte klachten (0-7 punten), 68 mannen (48%) hadden matige klachten en 32 mannen (22%) hadden ernstige klachten (20-35 punten) (zie figuur 6.5).

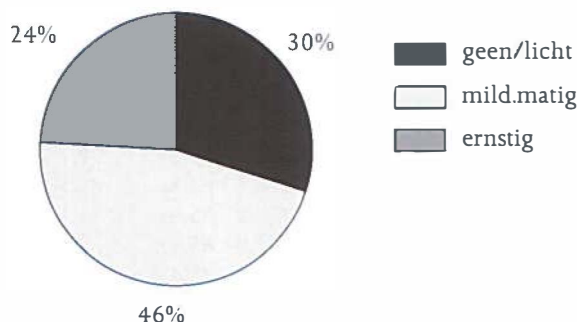


Figuur 6.5 De klachten van de niet-komer naar ernst in procenten.

De hinder van de klachten

De gemiddelde hinder van de klachten bedroeg 16,2 punten (95% BI 17,2 - 15,2) op de schaalverdeling die loopt van 7 – 28 punten.

In kwantitatief opzicht hadden 43 mannen (30%) geen of lichte hinder (7-12 punten), 66 mannen (48%) hadden matige hinder en 34 mannen (22%) hadden ernstige hinder (21-28 punten) (zie figuur 6.7).



Figuur 6.6 De hinder van de niet-komer naar ernst in procenten.

Bij de niet-komer werd een positieve correlatie gevonden tussen de aangegeven ernst van de klachten en de hinder. (Pearson Correlation Coefficient, $p < 0,05$).

De beïnvloeding op kwaliteit van leven

De komers gaven met behulp van de vragenlijst (QoL-9) aan in welke mate zij vonden dat plasproblemen hun kwaliteit van leven, gemeten op 3 domeinen (QoL-fysiek, QoL-mentaal en QoL-seksualiteit), hadden beïnvloed.

Op een schaalverdeling van 0 - 10 (van weinig beperking tot veel beperking) was de gemiddelde waarde van QoL-fysiek 3,2 punten, van QoL-mentaal 2,9 punten en van QoL-seksueel 5,0 punten (zie tabel 8). Ten aan-

Tabel 8 De gemiddelde score van de 3 domeinen van kwaliteit van leven van de niet-komer (n=143).

gemiddelde waarde	QoL-9	95% BI
QoL-fysiek	3,2	(2,8 – 3,6)
QoL-mentaal	2,9	(2,5 – 3,3)
QoL-seksueel	5,0	(4,6 – 5,4)

zien van de fysieke en psychische component, leverden de plasklachten slechts voor een gering aantal mannen een beperking op. Voor méér mannen was de beleving van seksualiteit beperkt.

Er werd een statistisch significante correlatie gevonden tussen de ernst van de klachten van de niet-komer en de mate van beperking van kwaliteit van leven. Deze samenhang werd voor alle 3 domeinen aangetoond, het sterkst voor QoL-fysiek en het zwakst voor QoL-seksueel (zie tabel 9) (F-toets, $p < 0,05$).

Tabel 9 Pearson-r correlatie en significantie tussen ernst van de klachten en de 3 domeinen van kwaliteit van leven (n=143).

	ernst	significantie
QoL-fysiek	0.46	ja
QoL-mentaal	0.47	ja
QoL-seksueel	0.44	ja

Bezorgdheid

Gevraagd werd hoe bezorgd men was ten aanzien van de klachten met betrekking tot ernst, het niet meer kunnen uitplassen en het krijgen van prostaatkanker. In het algemeen sprak men zich niet zo bezorgd uit. Indien er al bezorgdheid werd geuit, dan was dat vooral bezorgdheid over de eigen klachten (49%) en over het krijgen van prostaatkanker (49%). Angst om niet meer kunnen plassen stond, met slechts een klein percentueel verschil, minder op de voorgrond (40%) (zie tabel 10).

6.3.4 De reden van niet-komst

Gevraagd werd naar de reden van komst op het spreekuur in de vorm van een zogenaamde open vraag in de vragenlijst: “U bent de afgelopen 2 jaar niet met klachten of hinder van plassen bij de huisarts geweest. Kunt u in uw eigen woorden aangeven waarom u niet gegaan bent?”.

Tabel 10 Bezorgheid van de niet-komer (n=143) over de klachten, weergegeven in procenten.

	niet bezorgd	een beetje bezorgd	bezorgd	erg bezorgd
bent u bezorgd over uw eigen plasklachten?	51%	41%	7%	1%
bent u bezorgd dat u op een dag niet meer kunt plassen?	61%	30%	8%	2%
maakt u zich zorgen over het krijgen van prostaatkanker?	52%	39%	6%	4%

Van 133 mannen (92%) werd respons ontvangen, van 10 mannen werd geen antwoord gekregen.

De antwoorden werden in 4 categoriën ingedeeld:

1. groep 1: de klachten zijn niet erg genoeg voor consultatie.
2. groep 2: er zijn geen klachten.
3. groep 3: de klachten zijn eerder beoordeeld door huisarts of uroloog
4. groep 4: er zijn wel klachten, maar mee leren leven/komen door andere ziekte/onduidelijk/rest.

Tabel 11 De antwoorden (n=133) van de niet-komers (n=143) op de open vraag: "U bent de afgelopen 2 jaar niet met klachten of hinder van plassen bij de huisarts geweest. Kunt u in uw eigen woorden aangeven waarom u niet gegaan bent?" naar aantal, percentage en de gemiddelde ernst- en hinderscore van de plasklachten.

antwoorden	aantal	percentage	gemiddelde ernst	gemiddelde hinder
groep 1: de klachten zijn niet erg genoeg voor consultatie.	43	32%	12,3 pt.	16,7 pt.
groep 2: er zijn geen klachten	45	34%	6,6 pt.	12,4 pt.
groep 3: de klachten zijn eerder beoordeeld door huisarts of uroloog	23	17%	18,5 pt.	19,9 pt.
groep 4: er zijn wel klachten, maar mee leren leven/komen door andere ziekte/onduidelijk/rest.	22	17%	16,7 pt.	17,9 pt.

In tabel 11 worden de resultaten getoond van de antwoorden op de open vraag gerangschikt naar aantal, percentage en de gemiddelde ernst en hinder van plasklachten. Na statistische bewerking (F-toets) bleken de 4 groepen significant van elkaar te verschillen ($p < 0,05$).

Groep 2 heeft de minste klachten in ernst (6,6 punten), gevolgd door groep 1 (12,3 punten) waarna groep 3 en 4 volgen met respectievelijk 18,5 en 16,7 punten.

De vergelijking van de kenmerken van de niet-komer en komer

In tabel 12 worden de resultaten getoond van de vergelijking van de algemene en de klachten-specifieke kenmerken van de niet-komer (paragraaf 6.3.2. en 6.3.3) en komer (hoofdstuk 4, paragraaf 4.3.2 en 4.3.3).

De statistische bewerking werd uitgevoerd met de F-toets, waarbij significantie werd aangetoond voor $p < 0,05$.

Tabel 12 De vergelijking van de kenmerken van de niet-komer ($n=143$) en komer ($n=167$).

kenmerken	niet-komer ($n=143$)	komer ($n=167$)	signifi- cantie
algemeen			
leeftijd (jaren)	62,9 jr	63,6 jr	nee
SES/opleiding, laag (%)	59%	60%	nee
SES/werk, ja (%)	30%	32%	nee
chronische medicatie, ja (%)	39%	42%	nee
hulpzoekend gedrag (statistisch gemiddelde)	3,8	4,1	nee
algemene gezondheid, Rand-36, schaal 8 (punten)	61,2	63,7	nee
burgerlijke staat, gehuwd (%)	94%	92%	nee
specifiek			
QoL-fysiek (punten 0-10)	3,2	3,0	nee
QoL-mentaal* (punten 0-10)	2,9	3,8	ja
QoL-seksueel* (punten 0-10)	5,0	5,8	ja
bezorgdheid* (statistisch gemiddelde)	4,6	5,5	ja

Voor 3 klachten-specifieke kenmerken: QoL – mentaal, QoL – seksueel en “bezorgdheid”, wordt een significant verschil tussen niet-komer en komer aangetoond.

6.3.6 De tóch-komer ; een overzicht

Van de 162 niet-komers consulteerden 19 mannen in de onderzoeksperiode alsnog de huisarts. Zij worden in deze studie de tóch-komers genoemd.

Het bleek mogelijk om achteraf via een telefonische enquête van 9 mannen informatie te verkrijgen over de reden en achtergrond van het doktersconsult. Het merendeel van de mannen (6 mannen) vond dat de vragenlijst hen niet ongerust had gemaakt. Van de negen vonden 3 mannen dat zij door de vragenlijst naar de huisarts werden gestuurd, terwijl 5 mannen dat niet vonden. Voor bijna de helft gold de uitspraak dat de vragenlijst “de druppel” was voor een consult bij de huisarts. Van 1 man werd onduidelijke informatie verkregen welke niet kon worden verwerkt.

In tabel 13 en 14 wordt een overzicht gegeven van de telefonische enquêtes van de 9 tóch-komers met betrekking tot de rol die de vragenlijst speelde in de keuze de huisarts te bezoeken en of de mannen zélf een relatie zagen tussen de vragenlijst en het spreekuurbezoek.

Tabel 13 De uitkomst van de telefonische enquête van de tóch-komer naar de rol van de vragenlijst in de keuze de huisarts te consulteren (n=9).

De rol van de vragenlijsten in de keuze de huisarts te consulteren	aantal ja	aantal nee	aantal onduidelijk
1. De vragenlijst maakte ongerust.	2	6	1
2. Het gevoel naar de huisarts gestuurd te worden.	3	5	1
3. De vragenlijst was “de druppel die de emmer deed overlopen”.	4	4	1

Tabel 14 De uitkomst van de telefonische enquête van de tóch-komer naar de eigen mening over de relatie vragenlijst en huisartsconsult (n=9).

relatie vragenlijst/consult ?		reden consult
patiënt 1	géén	acute scrotale pijn
2	wél	prostaatkanker broer
3	wél	angst prostaatkanker
4	wél	plasklachten, angst blaaskanker
5	onduidelijk	onduidelijk
6	wél	plasklachten, seksgevoel minder
7	géén	plasklachten
8	wél	gevoel van blaasontsteking
9	géén	plasklachten, buurman prostaatkanker

De algemene kenmerken van de tóch-komer

Leeftijd: de gemiddelde leeftijd van degenen die in de periode tussen T0 en T1/2 alsnog het spreekuur van de huisarts bezochten bedroeg 69 jaar (95% BI 74,1 – 64,7).

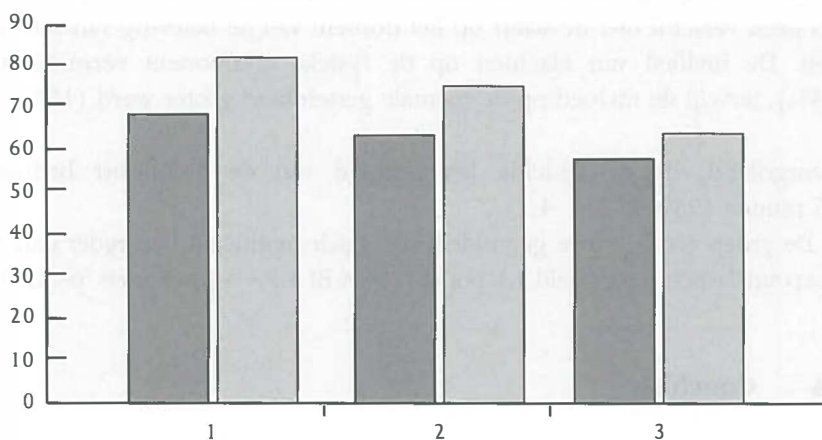
Zij waren hiermee gemiddeld ouder dan de niet-komers (gemiddelde leeftijd 63 jaar).

Gezondheidsbeleving: de scores op de Rand-36 als maat voor de beleving van de algemene gezondheid worden weergegeven in tabel 15.

Tabel 15 Beleving algemene gezondheidstoestand van de tóch-komers (n=19).

	gemiddeld	95% B I
1. fysiek functioneren	73,2	(64,3 – 82,1)
2. sociaal functioneren	79,9	(72,0 – 87,8)
3. rolbeperkingen; fysiek	53,9	(35,9 – 71,9)
4. rolbeperkingen; emotioneel	59,9	(42,8 – 77,0)
5. mentale gezondheid	67,4	(61,0 – 73,8)
6. vitaliteit	59,5	(53,5 – 65,5)
7. pijn	72,1	(62,5 – 81,7)
8. algemene gezondheidsbeleving	58,4	(51,3 – 65,5)

Bij vergelijking met de uitkomsten van de Rand-36 van de niet-komer (tabel 2) wordt op iedere dimensie een lagere score gevonden. Bij de verdichting naar 3 schalen (functionele status, welzijn en evaluatie algemene gezondheid) wordt dit gegeven bevestigd (figuur 6.7).



Figuur 6.7 Gemiddelden van de gezondheidstoestand van de niet-komers (n=143) en tóch-komers (n=19).
1 = functionele status; 2 = welzijn; 3 = algemene evaluatie gezondheid.

Geneigdheid de huisarts te bezoeken (hulpzoekend gedrag) de gemiddelde score van de mate van hulpzoekend gedrag bedroeg 3,8 punten (95% BI 4,6 - 3,0).

Deze score was vrijwel identiek aan de gemiddelde score van de niet-komer.

De klachten-specifieke kenmerken van de tóch-komer

Ernst, hinder en kwaliteit van leven: in tabel 16 worden de resultaten getoond van de gemiddelde uitkomsten van ernst, hinder en invloed op de drie domeinen van kwaliteit van leven.

Tabel 16 Klachten van de tóch-komer op T0 (n=19) en het verschil met de niet-komers (n=143).

T0 tóch-komer (n=19)	T0 tóch-komer (n=19)		T0 niet-komer (n=143)		Verschil	Percen- tage
	gemiddeld	95% BI	gemiddeld	95% BI		
ernst	13,9	(17,2 - 10,6)	12,5	(13,8 - 11,1)	+ 1,4	10%
hinder	17,9	(20,1 - 15,7)	16,2	(17,2 - 15,2)	+ 1,7	9%
QoL - fysiek	2,8	(2,1 - 3,5)	3,2	(3,6 - 2,8)	- 0,4	-14%
QoL - mentaal	3,4	(4,1 - 2,7)	2,9	(3,3 - 2,5)	+ 0,5	15%
QoL- seksueel	5,1	(6,1 - 4,1)	5,0	(5,4 - 4,6)	+0,1	2%

Zowel in ernst (10%) als in hinder (9%) was de gemiddelde score van de tóch-komer hoger dan de echte niet-komer.

Bij de beoordeling van de beïnvloeding op kwaliteit van leven was er vrijwel geen verschil met de komer op het domein van de beleving van seksualiteit. De invloed van klachten op de fysieke component verminderde (14%), terwijl de invloed op de mentale gesteldheid groter werd (15%).

Bezorgdheid: de gemiddelde bezorgdheid van de tóch-komer bedroeg 5,5 punten (95% BI 6,3 - 4,7).

De groep was hiermee gemiddeld statistisch significant bezorgder dan de groep niet-komers: gemiddeld 4,6 punten (95% BI 4,9 - 4,3) (F-toets, $p < 0,05$).

6.4 Conclusie

Beoordeeld op zogenaamde “algemene kenmerken” zijn de niet-komer en komer gelijk: de kenmerken leeftijd, sociaal economische status, burgerlijke staat, medicatiegebruik en hulpzoekend gedrag zijn niet verschillend. De niet-

komer is dus even oud, net zo veel aan het werk en qua opleidingsniveau even “geleerd” als de komer. Net als de komer is hij meestal getrouwd en gebruikt hij even vaak chronische medicatie. Ook consulteert hij voor kleine kwalen even vaak de huisarts.

Beoordeeld op de acht dimensies van de Rand-36, een vragenlijst over beleving van de algemene gezondheidstoestand, worden géén verschillen gevonden tussen niet-komer en komer.

Bij de beoordeling op de specifieke kenmerken (de invloed van plasklachten op de kwaliteit van leven), bezorgdheid over plasklachten en angst voor prostaatkanker worden er kenmerkende verschillen gevonden: de niet-komer heeft minder psychische hinder van de klachten, heeft minder hinder in de beleving van seksualiteit en is minder bezorgd over de plasklachten.

Net als bij de komer, zijn van de niet-komer ook de zogenaamde klachten-specifieke kenmerken welke betrekking hebben op de ernst, de hinder, de invloed op de kwaliteit van leven van plasklachten en de bezorgdheid die men bij de klachten aan de dag legt, bepaald.

Als resultaat van een goede “matching”, zijn de niet-komer en komer uiteraard vergelijkbaar op de ernst en de hinder die zij van hun klachten ondervonden maar dit geldt ook voor de domeinen van kwaliteit van leven: zij ervaren dezelfde beperkingen. Ook bij de niet-komer wordt er een geringe invloed van de klachten op de fysieke en psychische component van de kwaliteit van leven gezien. De grootste invloed wordt echter gezien op het domein van de seksualiteit. De ernst van de klachten had een positief significante correlatie met alle domeinen van kwaliteit van leven, deze samenhang was echter zwak.

Bij de beantwoording van de vraag waaróm men de huisarts niet had geconsulteerd met plasklachten, gaf een derde van de mannen aan, dat zij geen klachten hadden. Wanneer hun antwoord wordt vergeleken met hun ernst-score, blijkt dit antwoord consistent: zij hadden inderdaad een lage score op ernst. Overigens was hun hinder-score daar niet mee in overeenstemming.

Een derde van de mannen gaf als antwoord, dat de klachten niet erg genoeg waren om de dokter te bezoeken. Hun gemiddelde klachtenscore was vergelijkbaar met de score van totale onderzoeksgroep niet-komers. Ook bleek dat de groep mannen die eerder beoordeeld waren door de huisarts of uroloog (meer dan twee jaar geleden) de hoogste klachtenscore hadden van zowel de ernst als van de hinder.

Tenslotte is de groep mannen die tóch met plasklachten de huisarts tijdens de studieperiode bezochten, vervolgd en op algemene en klachten-specifieke kenmerken vergeleken met de échte niet-komers. Er waren duide-

lijk verschillen in gemiddelde leeftijd en beleving van gezondheid: deze *tóch-komers* waren gemiddeld ouder dan de *niet-komers* en scoorden lager op alle dimensies van de Rand-36 dan de *niet-komers*. Met betrekking tot de neiging tot hulpzoeken werd er geen verschil gevonden.

Zowel in ernst als in hinder was de gemiddelde score van de *tóch-komer* zo'n 10% hoger dan de echte *niet-komer*; zij hadden méér ernst en hinder. De invloed op de domeinen van kwaliteit van leven was niet kenmerkend verschillend. Wel was er verschil in bezorgdheid: de groep was gemiddeld bezorgder dan de echte *niet-komers*.

6.5 Beschouwing

De kenmerken van mannen die níet met plasklachten op het spreekuur komen

De gemiddelde leeftijd van de groep *niet-komers* komt overeen met de gemiddelde leeftijd van de groep *komers*, zodat ook voor hen de benaming “oudere jongere” geldt.

Deze bevinding is opvallend, omdat de groepen zijn samengesteld op basis van het hebben van dezelfde plasklachten en niet op basis van het gemeenschappelijk hebben van het kenmerk “leeftijd”. Was juist het spreekuurbezoek van de mondige en goed geïnformeerde *komer* een verklaring voor de gemiddeld wat jongere leeftijdssamenstelling van die groep, bij de *niet-komers* kan dat gezien de opzet van de studie niet de reden zijn. Kennelijk hebben de criteria die ten grondslag liggen aan de selectie van deze controlegroep gemaakt dat een groep werd samengesteld met een vrijwel dezelfde gemiddelde leeftijd als de *komer* groep

De *niet-komers* en *komers* zijn ook vergelijkbaar op andere, algemene kenmerken zoals het hebben van werk of het niveau van de genoten opleiding, het feit of men alleenstaand is of niet en de algemene gezondheidstoestand gemeten door de Rand-36. Deze kenmerken zijn daarom, net als leeftijd, géén voorspellers van spreekuurbezoek bij mictieklachten bij oudere mannen.

Ook is er geen verschil gevonden tussen de *niet-komer* en *komer* in het zogenaamde hulpzoekend gedrag. Men bedoelt hiermee uitdrukking te geven aan de mate waarin men geneigd is hulp in te roepen van de huisarts bij een aantal algemene kwalen. Voorstelbaar zou zijn dat de *niet-komer* minder snel de hulp inroept van de huisarts dan de *komer*, maar dit wordt niet aangetoond en is in deze zin dus geen onderscheidende factor.

De eigen verklaring van niet-consulteren

Een deel van de mannen zegt geen klachten te hebben en heeft dat in vergelijking met hun klachtenscore ook niet; een consistente uitspraak. Wél hebben zij hinder van hun klachten, maar dat is kennelijk geen reden om de huisarts te consulteren.

Zij onderscheiden zich van de groep mannen, die hun klachten niet erg genoeg vindt om een afspraak bij de huisarts te maken. Deze mannen zijn, beoordeeld op hun klachtenscore én uitspraken, representatief voor de niet-komers.

Zij geven aan hun klachten een ander gewicht dan de komers en blijven daarom, in termen van factoren die medische consumptie bepalen, in de "pré-klacht"-fase en nemen geen ziekterol aan door zich op het spreekuur te melden². Het is aannemelijk dat zij zich beter adapteren aan het ongemak van mictieklachten en hiervoor een beter "coping"-stijl aan de dag leggen. Overigens geeft een éérder bezoek aan huisarts of uroloog voor een aantal mannen óók nog een reden dat een consult bij de huisarts niet nodig is. Kennelijk heeft de behandeling van destijds het effect gehad dat, minstens twee jaar later, er nog steeds een reden van "niet-komst" aan kan worden ontleend. Over de aard van de behandeling kan geen uitspraak worden gedaan. Het is echter voorstelbaar dat de eerdere consulten bij huisarts en uroloog de acceptatie van hun klachten hebben bevorderd.

De klachten-specifieke kenmerken en de verschillen met de komers

Hoewel de procedure van "matching" of "gelijkschakeling" van de groep niet-komers en komers na statistische controle geslaagd is, zijn toch de waarden van de gemiddelde ernst en hinder van de klachten van de niet-komer iets lager dan de vergelijkbare uitgangswaarden van de komer. Dit is het gevolg van het feit dat met name in de groep "matig tot ernstige klachten" het percentage komers in percentage ruimer was vertegenwoordigd dan het percentage niet-komers, terwijl in de groep "ernstige klachten" wél een gelijke verdeling werd bereikt. Kennelijk zijn er in deze groep te weinig vertegenwoordigers van de niet-komers om vergeleken te kunnen worden met de komers.

Uiteindelijk wordt zo het resultaat verklaard, dat bij middeling van de ernst en hinder van de klachten een lagere waarde wordt bereikt voor de niet-komer.

Net als bij de komer, wordt ook door de niet-komer een, door de plasklachten onstane, geringe beperking aangegeven op de fysieke en mentale domeinen van de kwaliteit van leven. Hoewel congruent bij de komer en bij de niet-

komer de invloed op het seksuele domein het sterkst wordt ervaren, zijn er ook verschillen: de niet-komer heeft minder last op het mentaal-psychische en seksuele vlak.

Deze ervaren beperkingen zijn dus onderscheidend, terwijl de invloed op het fysieke vlak niet verschilde. Anders gezegd: de gemiddelde bezoeker op het spreekuur van de huisarts met plasklachten ervaart door de klachten meer psychisch en seksueel ongemak dan de man die met dezelfde klachten thuisblijft.

Belangrijk in de analyse van verschillen en overeenkomsten tussen niet-komer en komers is het onderzoeksresultaat dat de groep niet-komers minder bezorgd is over de klachten en zich minder bezorgd opstelt over de kans prostaatkanker te krijgen. Omgekeerd zijn de komers dus angstiger over hun klachten en het krijgen van prostaatkanker.

Het gegeven dat bezorgdheid/angst een belangrijke drijfveer zijn voor spreekuurbezoek is niet nieuw³, maar bevestigt dat dit ook voor de komst van de man met plasklachten geldt en sluit aan bij het eerder gevonden studieresultaat dat angst een belangrijke reden van komst is voor de groep die de huisarts consulteerde.

De mannen die tóch de huisarts consulteerden tijdens de studieperiode

Hoewel zij gering in getal zijn en daardoor statistisch niet evalueerbaar worden geacht, wordt deze groep in de studie toch geanalyseerd en gevolgd. Wetenschappelijk onderbouwde uitspraken over de resultaten van hun gang door de gezondheidszorg tijdens de onderzoeksperiode kunnen niet worden gedaan. Toch is het belangrijk, ook uit oogpunt van volledigheid, om verslag te doen van hun onderzoeksresultaten.

Zij blijken zich te onderscheiden van de niet-komers door een grotere ernst en hinder van hun klachten en zijn gemiddeld ouder dan de echte "thuisblijvers". Zij voelen zich minder gezond en zijn bezorgder over hun klachten dan de groep niet-komers.

In hun profiel lijken zij de "komers van de toekomst" en is alleen hun leeftijd niet passend bij de gemiddelde leeftijd van de komer. Het is aannemelijk dat enerzijds voor een aantal mannen het "zetje" van de vragenlijst, welke ongevraagd op de deurmat viel, de reden is geweest voor een consultaanvraag, terwijl anderzijds voor een aantal mannen het optreden van mic-tieklachten als onderdeel van het natuurlijk beloop de prikkel was om een afspraak te maken bij de huisarts.

6.6 Literatuur

- 1 SAS/STAT Userguide Version 8 1999. SAS Institute Inc. , Cary NC USA. ISBN 1-58025-494-2.
- 2 Post D, Vennix JAM (redactie). De Gezondheidszorg in Model; Ons complex zorgsysteem gemeten en gewogen. Bohn Stafleu Van Loghum 1992.
- 3 Cunningham-Burley S, Sullivan MP, Garraway WM, Lee AJ, Russell EB. Perceptions of urinary symptoms and health-care seeking behaviour amongst men aged 40-79 years. Br J Gen Pract 1996;46: 349-52.

HET BELOOP VAN DE KLACHTEN VAN DE NIET-KOMER

Samenvatting

Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de vraag beantwoord hoe het beloop is van de klachten van de niet-komer en wordt van een aantal patiënt-kenmerken beschreven welke invloed zij hebben op dat beloop.

Daarnaast wordt het beloop beschreven van de mannen die tussentijds tóch het spreekuur van de huisarts bezochten en wordt hun beloop beschreven en vergeleken met de echte niet-komers.

Methode

Aan de mannen van de niet-komergroep werd na een half jaar een vragenlijst (vragenlijst 2.2) toegestuurd met als doel opnieuw het niveau van hun klachten en kwaliteit van leven te meten.

Het verschil werd bepaald tussen de gemiddelde klachtenscore op tijdstip T0 (de meting bij de start van het onderzoek) en tijdstip T1/2 (de meting na een half jaar) van de ernst, de hinder en de invloed op kwaliteit van leven. Deze verschillen werden als maat genomen voor het beloop.

Ook werd beoordeeld welke invloed de klachtenscore van T0, de leeftijd, de burgerlijke staat en de sociaal economische status (SES) had op het beloop.

De zogenaamde tóch-komers (de mannen die tóch de huisarts bezochten tijdens de onderzoeksperiode) werden ook vervolgd in hun beloop en werden ook zij op de kenmerken ernst, hinder en de drie domeinen van kwaliteit van leven, vergeleken met de niet-komers.

Resultaten

Beoordeeld op de beloopkenmerken ernst en hinder wordt er een significante verbetering gevonden van respectievelijk 9% en 4%. Berekend voor de 3 domeinen van kwaliteit van leven, wordt alleen op het fysieke domein een significante verbetering gezien (13%). De andere domeinen geven een geringe, niet significante, verslechtering.

De hoogte van de klachten bij de nul-meting (T0) en algemene patiëntkenmerken zoals leeftijd, burgerlijke staat en sociaal economische status (SES) hebben geen invloed op het beloop. Er is geen significant verschil gevonden tussen het beloop van de klachten van de “niet-komer” en de “tóch-komer”.

Conclusie

In de onderzoeksperiode van een half jaar verbeteren de klachten van de niet-komer.

Dit geldt voor de ernst van zijn klachten, de hinder en de beperking van het fysieke ongemak. De

bepierking door plasklachten gemeten op het psychische en seksuele domein van kwaliteit van leven verandert nauwelijks.

De niet-komer ondervindt evenals de komer géén invloed van leeftijd, sociaal economische status of gezinssamenstelling op het beloop van zijn klachten.

Het beloop van de groep toch-komers kent voor alle kenmerken een verschil met het beloop van de echte groep niet-komers.

Voor de kenmerken ernst en hinder betekent dit een verbetering, terwijl de veranderingen op de drie domeinen van kwaliteit van leven niet opvallend zijn.

De uitkomsten van de verschillen bleken statistisch niet evalueerbaar gezien de geringe omvang van deze groep.

7.1 Inleiding

Hoe verging het de mannen die niet de huisarts bezochten met hun klachten? Congruent aan de beschrijving van het beloop van de klachten van de komers, waarbij na een half jaar nogmaals de ernst en hinder van hun klachten en de invloed op kwaliteit van leven werden gemeten, wordt dit nu onderzocht na een half jaar bij de niet-komers.

Bij de beschrijving van het beloop van de niet-komer wordt uitgegaan van de vraag:

- Wat is het beloop van de klachten met betrekking tot ernst, hinder en kwaliteit van leven? (7.3.2)
- Welke invloed hebben algemene kenmerken op dit beloop van klachten? (7.3.3)
- Welke verschillen zijn er tussen het beloop van de niet-komers en de mannen die tóch de huisarts bezochten (de tóch-komers)? (7.4.3)

7.2 Patiënten en Methode

Aan de mannen van de niet-komergroep werd na een half jaar een vragenlijst (vragenlijst 2.2) toegestuurd met als doel opnieuw het niveau van hun klachten en kwaliteit van leven te meten. De inhoud en samenstelling van de vragenlijst wordt verantwoord in hoofdstuk 2, "Opzet van het onderzoek".

Het verschil werd bepaald tussen de gemiddelde klachtenscore op T0 en T1/2 van de ernst, de hinder en de invloed op kwaliteit van leven. Deze verschillen werden als maat genomen voor het beloop.

Tevens werd onderzocht welke invloed er was op het beloop door algemene patiëntkenmerken (leeftijd, arbeidsstatus, burgerlijke staat en opleidingsniveau) en door de omvang van de klachten op T0.

Voor analyse van de onderzoeksgegevens werd gebruikt gemaakt van het statistisch pakket SAS¹ versie 8. Ordinale schalen zijn opgevat als interval-schalen en gemiddelden zijn berekend om de vergelijking met het literatuuronderzoek te kunnen maken. Verschillen tussen gemiddelden en veranderingen tussen gemiddelden zijn getoetst met de F-toets (proc GLM). Bij afwijkingen van normaliteit is, voordat de F-toets werd berekend, een geschikte transformatie van de data toegepast.

Bij vergelijking van veranderingen tussen groepen is, naast de toets op de gemiddelde verandering, ook rekening gehouden met de uitgangswaarden op T0. Zowel bij de Chi-kwadraattoets als bij de F-toets worden overschrijdingskansen van minder dan 5% statistisch significant genoemd. Bij de interpretatie van correlatiecoëfficiënten is de volgende indeling gehanteerd: correlaties $\leq 0,39$ werden als zwak benoemd, $0,40 - 0,59$ als matig en $\leq 0,60$ als sterk.

7.3 Resultaten

7.3.1 De respons op de vragenlijst

Aan de 143 mannen van de niet-komergroep werd na een half jaar (T1/2) vragenlijst 2.2 toegestuurd. Hierop repondeerden 134 mannen (97%). Van de niet-respondenten waren 2 mannen overleden en 7 mannen gaven zonder opgave van reden geen antwoord, ook niet na een tweede verzoek om de vragenlijst in te sturen.

7.3.2 Het beloop van de klachten in ernst, hinder en kwaliteit van leven

In tabel 1 wordt het verschil weergegeven tussen T0 en T1/2 van de ernst, de hinder en beïnvloeding van kwaliteit van leven als maat van het beloop. De statistische bewerking werd uitgevoerd met de F-toets, waarbij significantie werd aangetoond voor $p < 0,05$.

Ernst

Vergeleken met de gemiddelde ernst van de klachten van de niet-komers op T0 (12,5 punten) verbetert de ernst met gemiddeld 1,1 punten op een schaalbreedte van 0 - 35 punten (van géén tot ernstige klachten). Zo wordt een gemiddelde, significante verbeterscore van 9% gevonden.

Tabel 1 Het beloop van de klachten tussen T0 en T1/2 van de niet-komer (n=134) uitgedrukt in punten (géén klachten=0, ernstige klachten=35).

	T0		T1/2		Verschil:			
	Waarde	95% BI gem.	Waarde gem.	95% BI	Waarde gem.	95% BI	percen- tage	signifi- cantie
Ernst	12,5	(11,1-13,8)	11,4	(10,0 - 12,8)	1,1	(0,3 - 1,9)	9%	ja
Hinder	16,2	(15,2-17,2)	15,5	(14,7 - 16,3)	0,7	(0,1 - 1,3)	4%	ja
QoL- fysiek	3,2	(2,8 - 3,6)	2,8	(2,4 - 3,2)	0,4	(0,2 - 0,6)	13%	ja
QoL- mentaal	2,9	(2,5 - 3,3)	3,0	(2,6 - 3,4)	-0,1	(-0,3 - 0,1)	-3%	nee
QoL- seksueel	5,0	(4,6 - 5,4)	5,1	(4,7 - 5,5)	-0,1	(-0,3 - 0,1)	-2%	nee

Hinder

De hinder die de niet-komer van de klachten ondervindt, verbetert van gemiddeld 16,2 punten naar 15,5 punten op een schaalbreedte van 0 - 28 (van géén naar véél hinder). De gemiddelde verbetering bedroeg 4%, een statistisch significante verbetering.

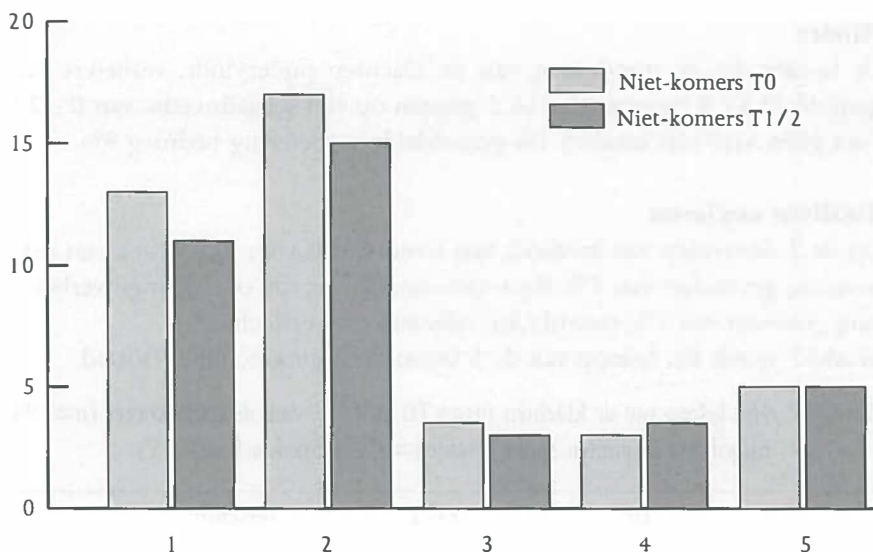
Kwaliteit van leven

Op de 3 domeinen van kwaliteit van leven wordt voor QoL - fysiek een significante verbetering gevonden van 13%. Voor QoL - mentaal en QoL - seksueel wordt een geringe verslechtering gemeten die overigens ook niet significant was.

In figuur 7.1 wordt het beloop van de 5 kenmerken gezamenlijk getoond. Wanneer rekening gehouden wordt met de hoogte van de klachtenscore bij de nulmeting, blijft er een significant verschil in beloop bestaan tussen een groep met véél en weinig klachten; dit kon worden aangetoond voor de kenmerken ernst, hinder en QoL-fysiek (F-toets, $p < 0,05$).

7.3.3 De invloed van algemene kenmerken

Een aantal patiënt-kenmerken heeft, getoetst met de F-toets, géén significante invloed op het beloop en dit geldt voor alle onderdelen van het beloop (ernst, hinder en de domeinen van kwaliteit van leven).



Figuur 7.1 Het beloop van de klachten; de verandering van de 5 klachten-specifieke kenmerken van de niet-komer ($n=143$), in de periode van T0-T1/2, 1 = ernst, 2 = hinder, 3 = Qol-fysiek, 4 = Qol-mentaal, 5 = Qol-seksueel.

Het betreft de volgende kenmerken:

1. leeftijd (hoog-laag)
2. burgerlijke staat (getrouwd-alleenstaand)
3. werk (wel-niet)
4. het niveau van opleiding (hoog-laag)

7.4 Het beloop van de klachten van de tóch-komer

De 19 mannen die tijdens de onderzoeksperiode tóch de huisarts bezochten met plasklachten zijn vervolgd in hun beloop.

Ernst

Vergeleken met de gemiddelde ernst van de klachten op T0 (13,9 punten), verbeterde de ernst met gemiddeld 2,8 punten op een schaalbreedte van 0 - 35 punten (van géén tot ernstige klachten). Zo wordt een gemiddelde verbeteringscore van 20% gevonden.

Hinder

De hinder die de niet-komer van de klachten ondervindt, verbetert van gemiddeld 17,9 punten naar 16,2 punten op een schaalbreedte van 0 - 28 (van géén naar véél hinder). De gemiddelde verbetering bedroeg 9%.

Kwaliteit van leven

Op de 3 domeinen van kwaliteit van leven wordt voor QoL-fysiek een verbetering gevonden van 7%. Voor QoL-mentaal wordt een geringe verbetering gemeten van 1%, terwijl QoL-seksueel 4% verslechtert.

In tabel 2 wordt het beloop van de 5 kenmerken gezamenlijk getoond.

Tabel 2 Het beloop van de klachten tussen T0 en T1/2 van de tóch-komer (n=19) uitgedrukt in punten (géén klachten=0, ernstige klachten=35).

	T0		T1/2		Verschil:		
	Waarde gemiddeld	95% BI	Waarde gemiddeld	95% BI	Waarde gemiddeld	95% BI	percen- tage
Ernst	13,9	(10,6 - 17,2)	11,1	(8,0 - 14,2)	2,8	(-1,8 - 5,8)	20%
Hinder	17,9	(15,7 - 20,1)	16,2	(14,4 - 18,0)	1,7	(-0,9 - 3,5)	9%
QoL - fysiek	2,8	(2,1 - 3,5)	2,6	(1,8 - 3,4)	0,2	(-0,2 - 0,6)	7%
QoL - mentaal	3,4	(2,7 - 4,1)	3,4	(2,4 - 4,4)	0,05	(-0,95 - 1,05)	1%
QoL - seksueel	5,1	(4,1 - 6,1)	5,3	(4,3 - 6,3)	-0,2	(-1,0 - 0,6)	-4%

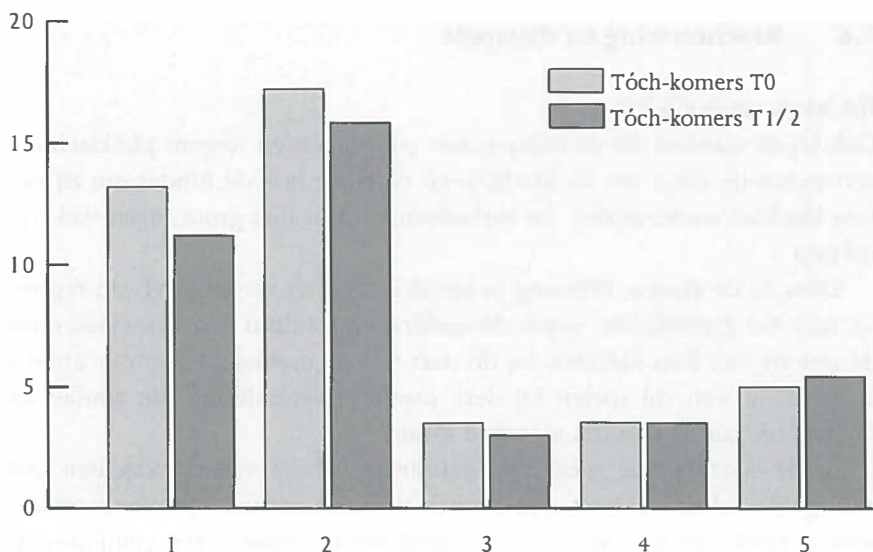
Voor alle 5 beloopkenmerken geldt dat, berekend met de F-toets, de veranderingen statistisch niet significant waren.

In figuur 7.2 wordt het beloop van de tóch-komers getoond.

Het verschil in beloop met de groep echte “niet-komers”

Het beloop van de groep tóch-komers kent voor alle kenmerken een verschil met het beloop van de echte groep niet-komers. Voor de kenmerken ernst en hinder betekent dit een verbetering van 20% in plaats van 10% voor het kenmerk ernst en 9% in plaats van 4% voor het kenmerk hinder. De veranderingen op de drie domeinen van kwaliteit van leven zijn niet opvallend.

De uitkomsten van de verschillen bleken statistisch niet evalueerbaar gezien de geringe omvang van de groep tóch-komers.



Figuur 7.2 Het beloop van de klachten; de verandering van de kenmerken van de “tóch-komers” (n=19), in de periode T0-T1/2,
 1 = ernst, 2 = hinder, 3 = Qol-fysiek, 4 = Qol-mentaal,
 5 = Qol-seksueel.

7.5 Conclusie

In de onderzoeksperiode van een half jaar verbeteren de klachten van de niet-komer.

Dit geldt voor de ernst van zijn klachten, de hinder en de beperking van het fysieke ongemak. De beperking door plasklachten gemeten op het psychische en seksuele domein van kwaliteit van leven verandert nauwelijks.

De niet-komer ondervindt evenals de komer géén invloed van leeftijd, sociaal economische status of gezinssamenstelling op het beloop van zijn klachten.

Het beloop van de groep tóch-komers kent voor alle kenmerken een verschil met het beloop van de echte groep niet-komers.

Voor de kenmerken ernst en hinder betekent dit een verbetering, terwijl de veranderingen op de drie domeinen van kwaliteit van leven niet opvallend zijn.

De uitkomsten van de verschillen bleken statistisch niet evalueerbaar gezien de geringe omvang van deze groep.

7.6 Beschouwing en discussie

Het beloop van de klachten

Ook bij de mannen die de huisarts niet consulteerden wegens plasklachten, verbeteren de ernst van de klachten en daarmee ook de hinder die zij van hun klachten ondervinden. De verbeteringen zijn niet groot, maar wel significant.

Door in de analyse rekening te houden met het verschijnsel van regressie naar het gemiddelde, wordt dit onderzoeksresultaat niet beïnvloed door de grootte van hun klachten bij de start van de meting. Er zijn dus andere factoren die een rol spelen bij deze positieve verandering die zonder de interventie van de huisarts tot stand kwam.

In de eerste plaats speelt het natuurlijk beloop van plasklachten een belangrijke rol en verklaart, ook door de relatief korte termijn van de onderzoeksperiode, het feit dat er geen verslechtering optrad of een gelijkblijven, en ook dat er van een vermindering van de ernst van de klachten sprake kan zijn geweest. Daarbij is er bij mictieklachten sprake van een langzame progressie van klachten in de tijd, die ook nog eens leeftijdsafhankelijk is. Oudere mannen (boven de 70 jaar) geven daarbij eerder toename van klachten aan dan jongere mannen; de onderzoeksgroep heeft een gemiddelde leeftijd van 63 jaar en valt in categorie “jongere oudere”^{2,3,4,5}.

In de tweede plaats kan een verklaring gevonden worden in het feit dat het onderzoeksresultaat wordt beïnvloed door het zogenaamde Hawthorne-effect⁶, waarmee bedoeld wordt dat verbetering van het onderzoeksresultaat alleen al door het effect van de studie (in dit geval de vragenlijst) veroorzaakt kan worden. De aandacht die zij kregen door de vragenlijst is verantwoordelijk voor het positieve effect op hun klachten en dus op het beloop.

Moeilijker is tenslotte om andere, meer aan de persoonskenmerken van de niet-komer gebonden, factoren te benoemen die een rol spelen bij de gevonden positieve verandering. Toch is er een aantal elementen uit het design van het onderzoek die gecombineerd met eerder gevonden onderzoeksresultaten een verklaring kunnen geven. Kenmerkend is eerder naar voren gekomen dat de niet-komer een veel minder bezorgde persoonlijkheid heeft dan de komer: hij denkt minder zwaar over zijn klachten en legt de verbinding naar prostaatkanker minder sterk. Ook heeft de niet-komer minder weet van zijn klachten; hij bleek psychisch minder beïnvloedbaar door de klachten dan de komer.

De niet-komer is daarnaast geen patiënt die zich met een klacht tot de dokter wendt, maar een man die meedoet aan een enquête over plasklachten op verzoek van zijn huisarts. Beoordeeld vanuit zijn positie waarop hij

moet worden ingedeeld in het stappenplan van het model van de medische consumptie, zit hij daarmee ook in de “klacht-géén klacht” fase⁷. Met deze fase wordt bedoeld dat lichamelijke signalen al of niet tot de perceptie van een klacht kunnen leiden, afhankelijk van persoonskenmerken van het individu. Anders gezegd, er ontbreekt ziektegevoel (illness)⁸, hij voelt zich niet ziek. Impulsen om dit ziektegevoel toe te laten worden al of niet met behulp van de omgeving afgeweerd. Vanuit een positievere kijk op plasklachten en niet gehinderd door enig ziekte-gevoel is het voorstelbaar dat de vragenlijst de tweede keer “optimistischer” wordt ingevuld en zo bijdraagt aan de beschrijving van een beter beloop.

Ook bij de niet-komer blijft de verbetering van de hinder achter bij de verbetering van de ernst. Het lijkt een gegeven dat wordt verklaard door het optreden van de zogenaamde informatie bias: het meer alert zijn op de hinderlijkheid van de klachten dan daarvoor het geval is geweest door de aandacht die de vragenlijst vraagt met betrekking tot dit probleem.

De algemene kenmerken van de niet-komer

De hoogte van de leeftijd heeft in onze studie geen invloed op het beloop, terwijl dat wel een determinant is van progressie van klachten, zoals hierboven werd besproken. De gemiddelde leeftijd van de onderzoeksgroep heeft dit effect vervlakt. Ook wordt van opleidingsniveau en het feit of men met pensioen is, geen effect gezien op de verandering van de plasklachten in de onderzoeksperiode. De niet-komer groep onderscheidt zich in dit opzicht niet van de komer-groep.

Het verschil tussen het beloop van de niet-komers en de mannen die tóch de huisarts bezochten. Hoewel, zoals eerder werd gesteld, in getal de groep mannen die tóch de huisarts consulteerden te gering is om een betrouwbare uitspraak over kenmerkende verschillen en overeenkomsten te doen, valt op dat er in deze kleine groep een grotere verbetering wordt gezien van het beloop van hun plasklachten dan van de niet-komers.

Ook blijken zij achteraf ook meer bezorgde mensen te zijn dan de echte thuisblijvers en kijken minder positief naar hun klachten en namen de ziekterol wél aan.

Het geeft kracht aan de uitspraak dat zij, in tegenstelling tot de echte niet-komers zoals eerder wordt gesteld, daardoor de vragenlijst de tweede keer juist wat minder “optimistisch” invulden. Hun beschrijving van het beloop was daardoor minder positief dan de beschrijving van de niet-komers.

7.7 Literatuur

- 1 SAS/STAT Userguide Version 8 1999. SAS Institute Inc. , Cary NC USA. ISBN 1-58025-494-2.
- 2 Garraway WM, Amstrong C, Auld S, King D, Simpson RJ. Follow-up of a Cohort of Men with Untreated Benign Prostatic Hyperplasia. *Eur Urol* 1993; 24: 313-318.
- 3 Jacobsen SJ, Girman CJ, Guess HA, Rhodes T, Oesterling JE, Lieber MM. Natural history of prostatism: longitudinal changes in voiding symptoms in community dwelling man. *J Urol* 1996; 155(2): 595-600.
- 4 Lee AJ, Garraway WM, Simpson RJ, Fisher W, King D. The Natural History of Untreated Lower Urinary Tract Symptoms in Middle-Aged and Elderly Men over a Period of Five Years. *Eur Urol* 1998; 34 (4); 325-332.
- 5 Temml Chr, Brössner C, Schatzl G, Ponholzer A, Knoop L, Madersbacher S. The natural history of lower urinary tract symptoms over five years. *Eur Urol* 2003; 43: 374-80.
- 6 Shaver K. Principles of Social Psychology; 2nd ed. Winthrop, 1981.
- 7 Post D, Vennix JAM (redactie). De Gezondheidszorg in Model; Ons complex zorgsysteem gemeten en gewogen. Bohn Stafleu Van Loghum 1992.
- 8 Lisdonk, van de EH. Een klacht ... en dan? In: Het geneeskundig proces. Klinisch redeneren van klacht naar therapie.

HET VERSCHIL IN BELOOP TUSSEN KOMER EN NIET-KOMER

Samenvatting

Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de vraag beantwoord welk verschil er is in het beloop van de klachten van de komer en de niet-komer.

Methode

Het beloop van de klachten van de 164 komers en van de 134 niet-komers werden per kenmerk vergeleken en geanalyseerd. Het verschil tussen de uitkomsten na een half jaar werd de maat voor verbetering of verslechtering.

Resultaten

Het verschil tussen komer en niet-komer ten aanzien van de gemiddelde verandering van de ernst van de klachten bedraagt 20% ten gunste van de komer, terwijl de gemiddelde verandering van hinderscore 11% gunstiger uitvalt voor de komer. Deze resultaten zijn significant.

Met betrekking tot de domeinen van kwaliteit van leven, wordt op het domein van fysieke beperking een verbetering gevonden van 10% ten gunste van de niet-komer, terwijl op het domein 2 (mentale beperking) de komer weer een gunstiger beloop laat zien (9%). Dit is echter geen statistisch significant verschil.

Ook ten aanzien van domein 3 (invloed op seksualiteit) is er een kleine (4%) verbetering ten gunste van de komer.

Gecontroleerd voor de omvang van de klachten die werden gemeten bij de start van het onderzoek, blijft er een significant verschil in het beloop bestaan tussen de komer en niet-komer, op de kenmerken ernst en hinder.

Conclusie

De gemiddelde ernst van de plasklachten neemt duidelijk af ten gunste van de komer evenals de gemiddelde hinderscore. De grootte van de verandering in hinder bleef met de helft achter bij de vermindering van de ernst.

Op de domeinen van kwaliteit van leven, wordt een verbetering op het mentale domein gezien ten gunste van de komer, terwijl bij de niet-komer een verslechtering wordt gezien.

Rekening houdend met de invloed van de hoogte van de ernst-en hinderscore bij de start van de meting blijft er een verschil in beloop bestaan tussen komer en niet-komer.

Dit wil zeggen dat zowel voor de groep die gemiddeld veel ernst en hinder ondervonden van hun klachten bij de eerste meting, als voor de groep die gemiddeld weinig ernst en hinder ondervonden, het verschil in beloop op deze kenmerken tussen komer en niet-komer blijft bestaan.

Wanneer de kleine groep tóch-komers wordt vergeleken met het beloop van de andere twee groepen, nemen zij een tussenpositie in: zij verbeteren minder sterk dan de komers op de kenmerken ernst en hinder, maar verbeteren duidelijk meer dan de echte niet-komers.

Op de domeinen van kwaliteit van leven worden geen opvallende verschillen gezien.

8.1 Inleiding

Na de beschrijving van het beloop van de komer en het beloop van de niet-komer volgt als “grand dessert” de vergelijking: was de komer beter af en bleef de niet-komer ten onrechte thuis?

Mannen, gevraagd naar hun reden van niet-komst met plasklachten, vonden dat ‘het bij de leeftijd hoorde’ en zij bleven thuis. Hadden zij gelijk?

De gegevens van hoofdstuk 5 (“Het beloop van de klachten van de komer”) en hoofdstuk 7 (“Het beloop van de klachten van de niet-komer”) vormen de grondslag voor deze vergelijking.

Gezien de opzet van het onderzoek kunnen deze groepen immers vergeleken worden in de verandering van hun beloopskenmerken..

Voor de beschrijving van dit hoofdstuk wordt uitgegaan van de uitkomsten op de vraag:

- Wat is het verschil in beloop van de klachten van de komers en niet-komers? (8.3.1)
- Wat is het verschil in beloop van de klachten van de komers, niet-komers en tóch-komers? (8.3.2)

8.2 Patiënten en Methode

De gemiddelde uitkomsten van de 5 kenmerken van het beloop (i.e. de klachtenverandering tussen T0 en T1/2) van de 164 komers (zie ook hoofdstuk 5, “Het beloop van de klachten van de komers”) en van de 134 niet-komers (zie ook hoofdstuk 7, “Het beloop van de klachten van de niet-komers”) werden per kenmerk vergeleken, waarbij het verschil tussen de uitkomsten de maat was voor verbetering of verslechtering. Het verschil in beloop werd vervolgens gecontroleerd op alle 5 kenmerken voor de uitgangswaarde op T0 voor komer en niet-komer.

Voor analyse van de onderzoeksgegevens werd gebruikt gemaakt van het

statistisch pakket SAS¹ versie 8. Ordinale schalen zijn opgevat als interval-schalen en gemiddelden zijn berekend om de vergelijking met het literatuuronderzoek te kunnen maken. Verschillen tussen gemiddelden en veranderingen tussen gemiddelden zijn getoetst met de F-toets (proc GLM). Bij afwijkingen van normaliteit is, voordat de F-toets werd berekend, een geschikte transformatie van de data toegepast.

Bij vergelijking van veranderingen tussen groepen is, naast de toets op de gemiddelde verandering, ook rekening gehouden met de uitgangswaarden op T0. Zowel bij de Chi-kwadraattoets als bij de F-toets worden overschrijdingskansen van minder dan 5% statistisch significant genoemd. Bij de interpretatie van correlatiecoëfficiënten is de volgende indeling gehanteerd: correlaties $\leq 0,39$ werden als zwak benoemd, $0,40 - 0,59$ als matig en $\geq 0,60$ als sterk.

8.3 Resultaten

8.3.1 Het verschil tussen het beloop van komers en niet-komers

In tabel 1 en figuur 8.1 worden de verschillen in beloop getoond tussen komer en niet-komer op de kenmerken ernst, hinder en de 3 domeinen van kwaliteit van leven.

Op het kenmerk ernst werd een verschil van 20% gevonden en op het kenmerk hinder een verschil tussen komer en niet-komer van 11%. Deze verschillen in beloop zijn na toetsing significant.

Op het kenmerk invloed op de dagelijkse activiteit (QoL-fysiek), wordt voor het beloop van de komer een minder grote verbetering gezien in vergelijking met het beloop van de niet-komer.

Op het mentale domein werd voor het beloop van de komer een verbetering gezien van 6%, terwijl er bij de niet-komer sprake juist sprake was van een verslechtering.

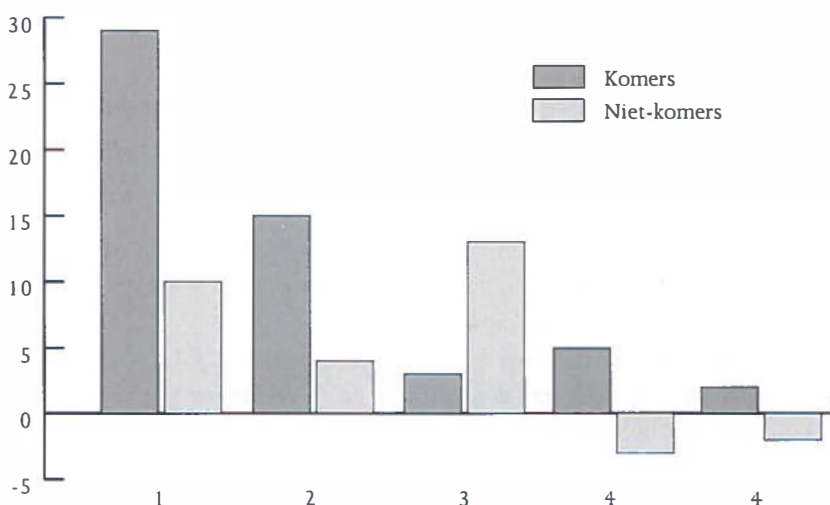
Op het domein van de seksualiteit wordt een netto verbetering gezien van 2% ten gunste van de komer. Na toetsing zijn de verschillen echter niet significant.

De statistische bewerking werd uitgevoerd met de F-toets, waarbij significantie werd aangetoond voor $p < 0,05$.

Rekening houdend met de invloed van de hoogte van de ernst- en hinderscore op tijdstip T0, blijft er een statistisch significant verschil in beloop bestaan tussen komer en niet-komer (F-toets, $p < 0,05$).

Tabel 1 Verschillen in beloop op de 5 klachten-specifieke kenmerken tussen komer (n=164) en niet-komer (n=134) in punten en percentage.

	Komer (n=164)			Niet-komer (n=134)			Verskil		
	Waarde T0	Waarde verandering	percen- tage	Waarde T0	Waarde verandering	Percen- tage	Waarde Gem.	95% BI	percen- tage signifi- cantie
Ernst	14,3	4,1	29%	12,5	1,1	9%	2,9	(1,5 - 4,3)	20% ja
Hinder	17,2	2,6	15%	16,2	0,7	4%	1,7	(0,7 - 2,6)	10% ja
Qol-fysiek	3,0	0,1	3%	3,2	0,4	13%	0,2	(-0,2 - 0,6)	-7% nee
Qol-mentaal	3,6	0,2	6%	2,9	-0,1	-3%	0,4	(0,0 - 0,8)	11% nee
Qol-seksueel	5,8	0,1	2%	5	-0,1	-2%	0,1	(-0,3 - 0,5)	2% nee



Figuur 8.1 De vergelijking tussen het beloop van de komers (n=164) en het beloop van de niet-komers (n=134) op de 5 klachten-specifieke kenmerken. 1 = ernst, 2 = hinder, 3 = Qol-fysiek, 4 = Qol-mentaal, 5 = Qol-seksueel.

8.3.2 Het verschil tussen het beloop van komers, niet-komers en tóch-komers

In tabel 2 worden de verschillen in beloop getoond tussen de groep komers, niet-komers en tóch-komers (de mannen die tijdens de studieperiode als niet-komer tóch de huisarts consulteerden).

Tabel 2 De verschillen in beloop op de 5 klachten-specifieke kenmerken tussen niet-komers (n=143), tóch-komers (n=19) en komers (n=164) in punten en percentage.

	komer (n=164)		niet-komer (n=134)		tóch-komer (n=19)	
	gem. verschil	percen- tage	gem. verschil	percen- tage	gem. verschil	percen- tage
ernst	4,1	29%	1,1	9%	2,8	20%
hinder	2,6	15%	0,7	4%	1,7	9%
QoL - fysiek	0,1	3%	0,4	13%	0,2	7%
QoL - mentaal	0,2	6%	-0,1	-3%	0,05	1%
QoL - seksualiteit	0,1	2%	-0,1	-2%	-0,2	-4%

Met betrekking tot de kenmerken ernst en hinder nemen de tóch-komers een tussenpositie in: de verbetering zit tussen de gemiddelden van komer en niet-komer in, waarbij de komer de meeste verbetering laat zien en de niet-komer de minste.

8.4 Conclusie

De gemiddelde ernst van de plasklachten verbetert duidelijk ten gunste van de komer, evenals de gemiddelde hinderscore, maar de grootte van die verandering blijft met de helft achter bij de vermindering van de ernst.

Op de domeinen van kwaliteit van leven, wordt een verbetering op het mentale domein gezien ten gunste van de komer, terwijl bij de niet-komer een verslechtering wordt gezien. Het verschil is echter niet statistisch significant.

Rekening houdend met de invloed van de omvang van de ernst- en hinderscore bij de start van de meting blijft er een verschil in beloop bestaan tussen komer en niet-komer, geldend voor kenmerken ernst en hinder. Dit wil zeggen dat zowel voor de groep die bij de eerste meting gemiddeld veel ernst en hinder ondervonden van hun klachten bij, als voor de groep die gemiddeld weinig ernst en hinder ondervonden, het verschil in beloop op deze kenmerken tussen komer en niet-komer blijft bestaan.

Wanneer de kleine groep tóch-komers worden vergeleken met het beloop van de andere twee groepen, nemen zij een tussenpositie in: zij verbeteren minder sterk dan de komers op de kenmerken ernst en hinder, maar verbeteren duidelijk meer dan de echte niet-komers.

Op de domeinen van kwaliteit van leven worden voor deze groep geen opvallende verschillen gezien ten opzichte van de niet-komers en komers.

8.5 Beschouwing en discussie

Het verschil in beloop tussen komer en niet-komer

Gelet op het verschil in verbetering van de klachten van de mannen die met plasklachten wél de dokter consulteren en de mannen die dat niet doen, zijn de komers beter af. Dit geldt met name voor de ernst van hun klachten, uitgedrukt onder andere in het feit hoe vaak zij 's nachts uit bed moesten om te plassen, hoe vaak zij moeite hadden het plassen uit te stellen of hoe vaak zij last hadden van onderbreking van de straal. Ook in de beleving van de hinder die zij van hun klachten ondervonden, gaat het de huisartsbezoekers beter af: zij ervaren hun klachten als minder problematisch dan de thuisblijvers.

Zoals al bleek bij de beschrijving van het beloop van de klachten van zowel komer als niet-komer, is de positieve verandering van de beleving van hinder minder groot dan de verandering van de ernst van de plasklachten. De klachten blijven dus toch nog hinderlijk, ook al neemt de frequentie waarmee men erdoor wordt geplaagd af.

Mogelijkerwijs speelt hierin het effect dat de vragenlijst oproept een rol: men wordt geattendeerd op hinder, terwijl eerder er geen duidelijke aandacht aan werd geschonken.

Ook gaf de vragenlijst over hinder, door zijn tekstuele samenstelling, minder mogelijkheid aan de respondenten om een verandering aan te geven dan de vragenlijst over ernst, die in dit opzicht meer onderscheidend was.

Opmerkelijk is de verbetering op het fysieke domein van kwaliteit van leven van de niet-komer. De komer bleef hierbij achter. Een duidelijke verklaring is hiervoor niet te geven.

Bij de beoordeling van de andere domeinen van kwaliteit van leven, is er een trend waarneembaar dat vooral de mentale component verbetert binnen de groep die de huisarts consulteerde. Bij de niet-komers is er op dit domein juist een toename van de klachten waarneembaar.

De komers lijken door beïnvloeding van hun plasklachten minder “lusteloos en futloos” te zijn, meer “energie en vitaliteit” te hebben en schijnen “tevredener over het leven” te zijn. Dit geldt in mindere mate voor verbetering van het seksueel functioneren. Voorstelbaar is het, dat geruststelling over de aard van de plasklachten door het consult van de huisarts hierin een rol speelt.

Tenslotte dient aangetekend te worden, dat de komers al vanaf de beginsituatie een hogere klachtenscore hadden dan de niet-komers. De gemiddelde waarde van het gevonden positieve verschil in beloop hangt hier dus mee samen. Op die manier beoordeeld, is de “winst” van de komer minder groot

dan het lijkt: het betekent één hokje beter op de 6-puntsschaal van de ernst-score.

Moeten nu alle mannen ouder dan 50 jaar met plasklachten naar de huisarts?

Deze vraag is niet éénduidig te beantwoorden en behoeft nuancering.

Geredeneerd vanuit het gevonden onderzoeksresultaat zou er reden toe zijn om een actieve wervingscampagne binnen de huisartspraktijk op te zetten en de groep mannen van 50 jaar en ouder met matig tot ernstige klachten op te roepen voor spreekuurbezoek. Bij hen kan door interventie van de huisarts, middels geruststelling, medicatie of verwijzing, reductie van de ernst van hun klachten worden bereikt.

Bij nadere beoordeling blijkt echter dat de winst beperkt is door het verschil in uitgangsspositie tussen de groep *komers* en *niet-komers*.

Verder geldt dat de mannen die thuisblijven met deze klachten, niet zo bezorgd zijn over hun klachten en er weinig psychische hinder van hebben. De functie van het consult van de huisarts – verbetering van het psychisch functioneren van deze groep – is daarom ook veel minder groot dan bij de groep mannen die de huisarts wél bezocht.

Geredeneerd vanuit het standpunt dat plasklachten niet levensbedreigend zijn, maar hooguit hinderlijk en lastig, ze géén relatie hebben met prostaatkanker^{2,3} en ze gezien het natuurlijk beloop langzaam progressief zijn in de tijd⁴, doet de groep “thuisblijvers” zich mogelijk wel iets tekort maar is een actief wervingsbeleid niet noodzakelijk. Zij voelen zich terecht niet ziek en consulteren hun huisarts niet voor de verschijnselen waaraan zij geen ziektegevoel ontleen. Het actief oproepen voor consultatie van de huisarts zou hun eigen gezonde verstand over ziek/niet-ziek zijn kunnen verstoren, hetgeen naar onze mening niet wenselijk is.

8.6 Literatuur

- 1 SAS/STAT Userguide Version 8 1999. SAS Institute Inc. , Cary NC USA. ISBN 1-58025-494-2.
- 2 Young JM, Muscatello DJ, Ward JE. Are men with lower urinary tract symptoms at increased risk of prostate cancer? A systematic review and critique of the available evidence. BJU Int 2000; 85: 1037-48.
- 3 Blanker MH, Groeneveld FPMJ, Bosch JLHR, Thomas S, Prins A, Bohnen AM. Prevalentie van prostaatkanker gelijk bij mannen van 50 jaar of ouder met en zonder mictieklachten. Ned Tijdschrift Geneeskde 2003; 147: 973-8.
- 4 Jacobsen SJ, Girman CJ, Guess HA, Rhodes T, Oesterling JE, Lieber MM. Natural history of prostatism: longitudinal changes in voiding symptoms in community dwelling man. J Urol 1996; 155(2): 595-60.

ALGEMENE DISCUSSIE

Plasklachten bij mannen in de huisartspraktijk

In deze studie wordt onderzoek gedaan naar plasklachten bij mannen in de huisartspraktijk.

De methodologische opzet van de studie maakt het mogelijk om de mannen die met plasklachten de huisarts wél consulteerden te vergelijken met mannen die met gelijksoortige klachten dat níet deden.

Zo zijn de komers na hun komst op het spreekuur gevolgd in hun klachten en is geïnventariseerd welke stappen de huisarts heeft gezet in het diagnostisch proces.

De niet-komers zijn na selectie en registratie van hun plasklachten, ook gevolgd in het beloop van hun klachten en er is tenslotte beoordeeld welke onderlinge verschillen er in dat beloop waren.

De beoordeling van de plasklachten en het beloop daarvan vindt plaats op een aantal zogenaamde *algemene* kenmerken zoals leeftijd, opleiding en beleving van gezondheid op zogenaamde *klachten-specifieke* kenmerken zoals ernst, hinder en beperking van kwaliteit van leven.

De beantwoording van de onderzoeksvragen

Welke mannen gaan naar de huisarts met plasklachten en wat is de reden van hun komst?
De komer is een man van 64 jaar die zich op het spreekuur meldt met, volgens de geldende internationale indeling, middelmatige klachten.

Vanuit zijn optiek is bezorgdheid voor kanker van de urinewegen of prostaat een belangrijke reden van consultatie naast de aanwezigheid van plasklachten.

Deze komer heeft met betrekking tot *quality of life*, matige last van zijn klachten: fysiek is hij het minst beperkt, mentaal iets meer en de beperking van seksualiteit wordt het sterkst ervaren.

Hoe is het handelen van de huisarts ten aanzien van de klachten?

De huisarts vindt dat vooral de plasklachten een reden van spreekuurbezoek zijn en in mindere mate de angst voor kanker, terwijl voor de komer zelf de

angst voor kanker een hogere prioriteit heeft. Een duidelijk verschil in interpretatie tussen huisarts en patiënt dus. Tijdens het consult wordt eigenlijk altijd een gericht lichamelijk onderzoek gedaan, inclusief een rectaal onderzoek. De huisarts stelt bijna de helft van de mannen gerust en verwijst in een vijfde van de gevallen naar de uroloog voor specialistisch onderzoek. Bij een derde wordt een medicamenteus beleid voorgesteld.

Hoe ging het met de klachten na het bezoek aan de huisarts?

De meeste mannen geven in een open vraag aan dat de klachten zijn verbeterd, gevolgd door de groep die aangeeft dat de klachten hetzelfde zijn gebleven.

Na consultatie van de huisarts is er een duidelijke verbetering van de ernst en hinder van de plasklachten. De verbetering van de ernst van de klachten is het grootst bij mannen met veel klachten. Ten aanzien van quality of life zijn de veranderingen weliswaar positief, maar zeer gering.

De algemene kenmerken (leeftijd, opleiding etc.) blijken geen invloed te hebben op het beloop.

Het maakt niet uit welke interventie de huisarts doet: alle uitkomsten van het consult hebben een positieve invloed op de ernst en hinder van de klachten. Verwijzing geeft de meeste reductie van de klachten, maar werd het minst toegepast en uiteraard vooral in de groep van patiënten met ontstekingen en kanker van de urinewegen, blaas of prostaat.

De huisarts geeft bij patiënten met klachten van bemoeilijkte mictie, waarbij geen sprake is van ontstekingen of kanker, meestal adviezen en verwijst hier het minst vaak.

Welke mannen gaan níet naar de huisarts met plasklachten? Zijn er verschillen met de komers?

De niet-komer is een man met dezelfde leeftijd en sociaal economische status als de komer. Ook met betrekking tot wel of niet gehuwd zijn, chronisch medicijngebruik en de mate van hulpzoekend gedrag is hij niet verschillend. Hij voelt zich even gezond als de komer.

Beoordeeld op specifieke kenmerken zoals de invloed van plasklachten op de kwaliteit van leven en de bezorgdheid over de plasklachten, worden er wél kenmerkende verschillen gevonden: de niet-komer heeft minder psychische hinder van de klachten, heeft minder hinder in de beleving van seksualiteit en is minder bezorgd over zijn plasklachten.

Waaróm gaan zij niet naar het spreekuur?

Ingedeeld in een aantal categorieën op grond van het antwoord dat zij gaven

op de open vraag naar de reden van niet-komst, geeft een deel van de mannen in hun antwoord aan, dat zij geen klachten hadden. Wanneer vervolgens dat antwoord wordt vergeleken met hun ernst-score, blijkt hun bewering consistent: zij hadden inderdaad een lage score op ernst. Overigens was hun hinder-score daar niet mee in overeenstemming, die lag duidelijk hoger. Zij geven dus aan dat de klachten wel hindelijk zijn, maar in hun ogen weinig ernstig.

Een ander deel van de mannen gaf als antwoord, dat de klachten niet erg genoeg waren om de dokter te bezoeken. Hun gemiddelde klachtenscore is vergelijkbaar met de score van totale onderzoeksgroep niet-komers.

Verder blijkt dat de groep mannen die éérder beoordeeld waren door de huisarts of uroloog (meer dan twee jaar geleden) de hoogste klachtenscore hadden van zowel de ernst als van de hinder.

Hoe ging het met de klachten van de mannen die de huisarts niet consulteerden?

In de onderzoeksperiode van een half jaar verbeteren de klachten van de niet-komer.

Dit geldt voor de ernst van zijn klachten, de hinder en de beperking van het fysieke ongemak. De beperking door plasklachten gemeten op het psychische en seksuele domein van kwaliteit van leven verandert nauwelijks. Net als bij de komer hebben de algemene kenmerken géén invloed op het beloop.

Zijn er verschillen in het beloop van de klachten van de mannen die de huisarts wél en de mannen die de huisarts niet hebben geconsulteerd?

Zowel de ernst als de hinder van de plasklachten van de komer verbeteren meer dan die van de niet-komer. Ook in mentaal opzicht lijkt het beloop van de klachten van de komer een grotere verbetering te kennen dan het beloop van de klachten van de niet-komer.

Beperkingen van het onderzoek

Er is een aantal beperkingen van dit onderzoek aan te geven

De komers

1. Door de wijze van insluiting van de komer-groep kan sprake zijn van selectiebias door de deelnemende huisartsen. Zij bepaalden welke mannen werden ingesloten en moesten dit doen binnen de mogelijkheden die het eerste consult hen bood. Bovendien moesten zij ook rekening houden met de inclusiecriteria van het onderzoek. Geprobeerd is, naast mondelinge uitleg, met een A5-model van de

inclusiecriteria in een duidelijke kleur en uitgevoerd als bureaustandaard, deze criteria gemakkelijker toegankelijk te maken.

2. Een andere beperking is het optreden van een informatie-bias door de patiënten; zij vulden immers de set vragenlijsten in, ná het consult. Alternatieve oplossingen om tot een “waardenvrije” registratie te komen zijn verworpen vanuit organisatorisch oogpunt. De consultvoering kan dus de subjectieve beoordeling van de klachten hebben beïnvloed. Hierdoor kan dus sprake zijn van onder- danwel overrapportage.

De niet-komers

3. Hoewel de procedure van “matching” of “gelijkschakeling” van de groep niet-komers en komers na statistische controle geslaagd is, zijn toch de waarden van de gemiddelde ernst en hinder van de klachten van de niet-komer iets lager dan de vergelijkbare uitgangswaarden van de komer. Dit is het gevolg van het feit dat met name in de groep “matig tot ernstige klachten” het percentage komers ruimer was vertegenwoordigd dan het percentage niet-komers, waardoor geen gelijke verdeling kon worden bereikt. Kennelijk zijn er in deze groep te weinig vertegenwoordigers in de groep van de niet-komers om vergeleken te kunnen worden met de groep van de komers. In de groep “ernstige klachten” kon wél een gelijke verdeling worden bereikt.

Beschouwing

De komers

De reden van komst op het spreekuur en het handelen van de huisarts

Door het onderzoek wordt bevestigd, dat angst voor prostaatkanker een belangrijke determinant is voor hulpzoekend gedrag bij plasklachten. Naast ernst van de klachten, leeftijd en ervaren hinder, is het een belangrijke reden om de huisarts te consulteren. Opmerkelijk is de bevinding dat de huisartsen een minder hoge prioriteit lijken te geven aan deze angst bij de beschrijving van de redenen van komst. Zij geven eerder een somatisch-descriptieve beoordeling en de angst voor prostaatkanker is in hun ogen minder vaak een reden voor consult. Een verklaring kan zijn dat huisartsen angst voor kanker als reden van spreekuurbezoek als “zo gewoon” beschouwen, dat zij deze angst niet expliciet beschrijven maar wel benoemen tijdens het consult. Het precies in kaart brengen van de plasklachten (frequentie, pijn, nycturie) heeft in hun ogen meer waarde voor de consultvoering dan de

beschrijving van de angst. Dat is in hun ogen belangrijker voor het beleid dan de angst van de patiënt.

De invloeden op het beloop van de klachten

Welke rol speelden de algemene kenmerken van de komer zélf in het beloop van zijn klachten? Het zou aannemelijk zijn, dat verschillen in leeftijd of comorbiditeit ook verschillen in beloop zouden genereren en dat bovendien kenmerken van de sociale context, zoals opleidingsniveau en burgerlijke staat, hiermee een relatie zouden hebben. Geen van alle hierboven genoemde kenmerken echter hebben een effect op het beloop.

Een verklaring is dat deze kenmerken bij de nul-meting óók al geen relatie vertoonden met de omvang van de klachten waarmee de komer bij de huisarts komt. De kans dat een meting een half jaar later wél verandering laat zien is dan niet groot.

Het beleid van de huisarts heeft invloed op het beloop: de groep verwezen patiënten, hoewel het kleinst in getal, verbetert procentueel het meest, terwijl de adviesgroep en de medicatiegroep dezelfde mate van verbetering van het beloop laten zien. De voor de hand liggende uitspraak: "dat dan maar iedereen doorverwezen moet worden!" is echter niet juist. Een belangrijke invloed op dit resultaat is immers de selectie die de huisarts, na diagnostiek, toepaste op de samenstelling van de groep verwezen patiënten. Overigens was de ernst van de klachten in de beginsituatie tussen de groepen niet verschillend.

De niet-komers

Het beloop van de klachten van de niet-komer

Ook bij de mannen die de huisarts níet consulteerden wegens plasklachten, verbeteren de ernst van de klachten en daarmee ook de hinder die zij van hun klachten ondervinden. De verbeteringen zijn niet groot, maar wel significant.

Het natuurlijk beloop van plasklachten, langzame progressie in de tijd, speelt hierin een belangrijke rol. Hierdoor wordt verklaard dat er in de observatieperiode geen verslechtering optrad. De klachten bleven gelijk of verbeterden zelfs.

De aandacht die men kreeg door de vragenlijst kan van invloed zijn op verbetering van hun klachten en dus op het beloop (Hawthorne-effect¹). Tenslotte is het voorstelbaar dat door de persoonlijkheidskenmerken van de niet-komer, de vragenlijst de tweede keer "optimistischer" wordt ingevuld en zo bijdraagt aan de beschrijving van een beter beloop. *De eigen verklaring van niet-consulteren*

Een deel van de mannen zegt geen klachten te hebben en heeft dat in ver-

gelijking met hun klachtenscore ook niet; een consistente uitspraak. Wél hebben zij hinder van hun klachten, maar dat is kennelijk geen reden om de huisarts te consulteren.

Zij onderscheiden zich van de groep mannen, die hun klachten niet erg genoeg vindt om een afspraak bij de huisarts te maken. Deze mannen zijn, beoordeeld op hun klachtenscore én uitspraken, representatief voor de niet-komers.

Zij geven aan hun klachten een ander gewicht dan de komers en blijven daarom, in termen van factoren die medische consumptie bepalen, in de “pré-klacht”-fase en nemen geen ziekterol aan door zich op het spreekuur te melden². Het is aannemelijk dat zij zich beter adapteren aan het ongemak van mictieklachten en hiervoor een beter “coping”-stijl aan de dag leggen.

Overigens geeft een eerder bezoek aan huisarts of uroloog voor een aantal mannen óók nog een reden, dat een consult bij de huisarts niet nodig is. Kennelijk heeft de behandeling van destijds het effect gehad dat, minstens twee jaar later, er nog steeds een reden van “niet-komst” aan kan worden ontleend. Over de aard van de behandeling kan geen uitspraak worden gedaan. Het is echter voorstelbaar dat de eerdere consulten bij huisarts en uroloog de acceptatie van hun klachten hebben bevorderd.

De mannen die, als niet-komer, tóch de huisarts consulteerden tijdens de studieperiode Hoewel zij gering in getal zijn en daardoor statistisch niet evalueerbaar worden geacht, wordt deze groep toch geanalyseerd en gevolgd. Wetenschappelijk onderbouwde uitspraken over de resultaten van hun gang door de gezondheidszorg tijdens de onderzoeksperiode kunnen echter niet worden gedaan. Toch is het belangrijk, ook uit oogpunt van volledigheid, om verslag te geven van de onderzoeksresultaten.

Zij blijken zich te onderscheiden van de niet-komers door een grotere ernst en hinder van hun klachten en zijn gemiddeld ouder dan de echte “thuisblijvers”. Zij voelen zich minder gezond en zijn meer bezorgd over hun klachten dan de groep niet-komers.

In hun profiel, opgebouwd uit de algemene kenmerken, lijken zij representatief voor de “komers van de toekomst” en is alleen hun leeftijd niet passend bij de gemiddelde leeftijd van de komer. Het is aannemelijk dat enerzijds voor een aantal mannen het “duwtje” van de vragenlijst, welke ongevraagd op de deurmat viel, de reden is geweest voor een consultaanvraag, terwijl anderzijds voor een aantal mannen het duidelijker optreden van mictieklachten als onderdeel van het natuurlijk beloop de prikkel was om als nog een consult aan te vragen.

De verschillen

Verschillen tussen niet-komer en komer

Er zijn geen verschillen gevonden tussen niet-komers en komers op de algemene kenmerken en er zijn daarom géén voorspellers van spreekuurbezoek voor mictieklachten van oudere mannen.

Bij vergelijking op de klachten-specifieke kenmerken zijn er uiteindelijk wél verschillen: de niet-komer heeft minder last op het mentaal-psychische en seksuele vlak dan de komer, die psychisch en seksueel meer ongemak ervaart van zijn klachten.

Belangrijk tenslotte in de analyse van verschillen en overeenkomsten tussen niet-komer en komers, is de bevinding dat de groep niet-komers minder bezorgd is over de klachten en zich minder bezorgd opstelt over de kans prostaatkanker te krijgen.

De komers zijn angstiger over hun klachten en over het krijgen van prostaatkanker.

Het gegeven dat bezorgdheid of angst een belangrijke drijfveer is voor spreekuurbezoek, is niet nieuw^{3,4,5} en sluit aan bij de eerder bevinding dat angst een belangrijke reden van komst is voor de groep die de huisarts consulteerde.

Het verschil in beloop tussen komer en niet-komer

Gelet op het verschil in verbetering van de klachten van de mannen die met plasklachten wél de dokter consulteren en de mannen die dat niet doen, zijn de komers beter af. Dit geldt met name voor de ernst van hun klachten uitgedrukt in het feit hoe vaak zij 's nachts uit bed moesten om te plassen, hoe vaak zij moeite hadden het plassen uit te stellen of hoe vaak zij last hadden van onderbreking van de straal. Ook in de beleving van de hinder die zij van hun klachten ondervinden, gaat het de huisartsbezoekers beter af: zij ervaren hun klachten als minder problematisch dan de thuisblijvers.

Ook lijkt de mentale beïnvloeding door plasklachten in positieve zin te veranderen bij degene die de huisarts consulteert. De komers zijn door beïnvloeding van hun plasklachten minder "lusteloos en futloos", hebben meer "energie en vitaliteit" en zijn "tevredener over het leven".

Een mogelijke verklaring van dit onderzoeksresultaat is gelegen in de stap van de komer om met zijn klachten de huisarts te bezoeken. De "consult-groep" verbeterde duidelijk ten opzichte van de "thuisblijvers".

Dit betekent dat het beleid van de huisarts een positieve invloed heeft op het beloop.

Daarbij is het voorstelbaar dat de consultvoering van de huisarts bij-

draagt aan reductie van angst en bezorgdheid over de plasklachten: het psychisch domein van kwaliteit van leven is in positieve zin veranderd.

Wel moet worden aangetekend dat de komers al vanaf de beginsituatie een hogere klachtenscore hadden. De gemiddelde waarde van het gevonden positieve verschil in beloop hangt hier dus mee samen.

Tenslotte

Moeten nu alle mannen ouder dan 50 jaar met plasklachten naar de huisarts?

Deze vraag is niet éénduidig te beantwoorden en behoeft nuancering.

Geredeneerd vanuit het gevonden onderzoeksresultaat zou er reden zijn om een actieve wervingscampagne binnen de huisartspraktijk op te zetten en de groep mannen van 50 jaar en ouder met matig tot ernstige klachten op te roepen voor spreekuurbezoek. Bij hen kan door interventie van de huisarts, middels geruststelling, medicatie of verwijzing, reductie van de ernst van hun klachten worden bereikt.

Bij nadere beoordeling blijkt echter dat de winst beperkt is door het verschil in uitgangspositie tussen de groep komers en niet-komers.

Geredeneerd vanuit het standpunt dat plasklachten niet levensbedreigend zijn, maar hooguit hinderlijk en lastig, ze géén relatie hebben met prostaatkanker^{6,7} en ze gezien het natuurlijk beloop langzaam progressief zijn in de tijd⁸, doet de groep “thuisblijvers” zich mogelijk wel iets tekort maar is een actief wervingsbeleid niet noodzakelijk. Zij voelen zich terecht niet ziek en consulteren hun huisarts niet voor de verschijnselen waaraan zij geen ziektegevoel ontleen. Het actief oproepen voor consultatie van de huisarts zou hun eigen gezonde verstand over ziek/niet-ziek zijn kunnen verstoren, hetgeen naar onze mening niet wenselijk is.

Aanbevelingen voor de praktijk

Als gevolg van de resultaten van deze studie, kunnen een aantal aanbevelingen voor de praktijk worden gedaan ten aanzien van het beleid bij plasklachten.

De huisarts en het consult van de oudere man met mictieklachten

De mannen die de huisarts consulteren, zijn bezorgd over hun plasklachten.

Met name door de relatie die zij leggen tussen hun klachten en de aanwezigheid of ontwikkeling van prostaatkanker. Hoewel wetenschappelijk is

aangetoond dat deze relatie er niet is^{5,6}, is het ook bewezen dat de spreekuurbezoeker hier wél door wordt verontrust. Zij geven dat ook duidelijk aan in hun antwoord waarom zij het spreekuur van de huisarts bezoeken.

Het verdient aanbeveling om expliciet deze vaak onderliggende vraag te benoemen en te bespreken. De anamnese, op die manier verhelderd, kan hierdoor iets meer tijd kosten. De patiëntenbrief van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) over “Plasproblemen bij oudere mannen” en “Wel of geen onderzoek naar prostaatkanker” zijn een goed hulpmiddel voor de overdracht van informatie en kunnen de huisarts hierin behulpzaam zijn.

Een tweede aanbeveling is om, met de huidige Standaard als basis, in het traject van de huisartsen-nascholing het “Consult van de oudere man met plasklachten” duidelijker onder de aandacht te brengen. Initiatieven om huisartsen te ondersteunen in het management van plasklachten, zoals beschreven in de dissertatie van Wolters⁹, verdienen daarom navolging.

Immers zeker als het gaat om de vraag van de patiënt naar diagnostiek van prostaatcarcinoom is interpretatie van het beleid van de Standaard niet altijd eenvoudig. Zeker wanneer wetenschappelijke resultaten van onderzoek op populatie/screenings-niveau toegepast moeten worden op de individuele patiënt.

Angst voor kanker speelt immers voor beiden een rol; de huisarts wil niets “missen”, de patiënt wil niet “gemist” worden¹⁰! De PSA als panacee?

De huisarts en de niet-komers

Zoals eerder is gesteld, is actieve opsporing van de mannen die met plasklachten thuisblijven niet nodig en eigenlijk ook ongewenst.

Toch is bewezen dat door een consult van de huisarts reductie van hun klachten te bereiken is! Een bredere bekendheid van het feit dat spreekuurbezoek kan lonen is daarom wel aanbevelenswaardig.

Een oplossing hiervoor is het plaatsen van een symptoomscore-vragenlijst (bijvoorbeeld het model van de IPSS) in een digitale omgeving met duidelijke instructie en uitleg bij welke score een huisartsconsult zinvol kan zijn. Huisartspraktijken die zijn uitgerust met een eigen website en/of mededelingenblad kunnen hier dan eventueel naar verwijzen.

Aanbevelingen voor onderzoek

1. Met de toenemende vergrijzing en de toegenomen levensverwachting heeft wetenschappelijk onderzoek van de ouder wordende mens veel betekenis. Dit geldt voor het bepalen van de juiste zorg op patiëntniveau, maar ook voor het aspect van kostenbewaking op bevolkingsniveau. Zo zal de groep mannen die met plasklachten de huisarts bezoekt, zich uitbreiden.

Het verder wetenschappelijk onderzoeken van deze patiëntenstroom met betrekking tot redenen van komst en omgevingsfactoren die spreekuurbezoek bevorderen is dientengevolge zinvol. Hierbij horen ook het onderzoek naar de effecten van transmurale samenwerking en substitutie van zorg bij mictieklachten.

Aanbevelenswaardig is het overigens om in registratie-netwerken van de morbiditeit van de eerstelijns-gezondheidszorg standaard ook de “reason for encounter” (de reden van komst) te coderen en niet alleen op diagnosesniveau de ziekte-episode vast te leggen. Dit vergemakkelijkt de uitvoering van wetenschappelijk onderzoek aan de “patiëntenkant” van factoren die medische consumptie beïnvloeden.

2. Zorg moet gegeven worden waar zorg verlangd wordt. Het “niet-bezoek” aan de huisarts kost weliswaar geen geld, maar houdt soms wel leed en hinder langer in stand dan nodig. Publieksvoorlichting over (in dit geval) de achtergronden van plasklachten kan, zoals is bewezen, voor een bepaalde groep mannen vermindering geven van hun klachten en kwaliteit aan hun leven toevoegen. Effecten van die voorlichting zullen daarom geëvalueerd moeten worden in verder onderzoek naar het beloop van hun klachten.

3. Het handelen van de huisarts bij het consult van de man met mictieklachten kent een aantal valkuilen. De diagnostiek en het beleid bij plasklachten is op zichzelf niet moeilijk en gaat de huisarts in het algemeen goed af, gesteund door het protocol van de NHG-Standaard. Complicerend is echter de vraag diagnostiek te verrichten naar prostaatacarcinoom, welke de patiënt tegelijk met zijn mictieklachten naar voren brengt. Het brengt soms dilemma's met zich mee voor patiënt én dokter om een juist beleid te bepalen.

Tegen de achtergrond van het feit dat er nog geen duidelijk beeld is of vroegopsporing zin heeft¹¹ dient er terughoudendheid te zijn met aanvullende diagnostiek in de vorm van een PSA-bepaling.

Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt echter dat huisartsen vaak toch een PSA-bepaling laten verrichten, hetgeen wellicht reden geeft te denken dat er van de richtlijn wordt afgeweken?

Een verdere analyse van hun redenen om van het protocol af te wijken is diensengevolge zinvol.

Literatuur

- 1 Shaver K. Principles of Social Psychology; 2nd ed. Winthrop, 1981.
- 2 Post D, Vennix JAM (redactie). De Gezondheidszorg in Model; Ons complex zorgsysteem gemeten en gewogen. Bohn Stafleu Van Loghum 1992.
- 3 Cunningham-Burley S, Sullivan MP, Garraway WM, Lee AJ, Russell EB. Perceptions of urinary symptoms and health-care seeking behaviour amongst men aged 40-79 years. Br J Gen Pract 1996; 46: 349-52.
- 4 Macfarlane GJ, Sagnier PP, Richard F, Teillac P, Botto H, Boyle P. Determinants of treatment-seeking behaviour for urinary symptoms in older men. Br J Urol 1995; 76(6): 714-8.
- 5 Sladden MJ, Hughes AM, Hirst GH, Ward JE. A community study of lower urinary tract symptoms in older men in Sydney, Australia. Aust N Z J Surg 2000; 70: 322-8.
- 6 Young JM, Muscatello DJ, Ward JE. Are men with lower urinary tract symptoms at increased risk of prostate cancer? A systematic review and critique of the available evidence. BJU Int 2000; 85: 1037-48.
- 7 Blanker MH, Groeneveld FPMJ, Bosch JLHR, Thomas S, Prins A, Bohnen AM. Prevalentie van prostaatkanker gelijk bij mannen van 50 jaar of ouder met en zonder mictieklachten. Ned Tijdschrift Geneeskde 2003; 147: 973-8.
- 8 Jacobsen SJ, Girman CJ, Guess HA, Rhodes T, Oesterling JE, Lieber MM. Natural history of prostatism: longitudinal changes in voiding symptoms in community dwelling man. J Urol 1996; 155(2): 595-600.
- 9 Wolters R, Wensing M, van Weel C, Grol R. The effect of a distance learning programme on patient self-management of lower urinary tract symptoms (LUTS) in general practice: a randomized controlled trial. European Urology 2004; 46: 95-101.
- 10 Sorum PC, Mullet E, Shim J, Bonnin-Scaon S, Chasseigne G, Cogneau J. Avoidance of anticipated regret: the ordering of prostate-specific antigen tests. Med Decis Making 2004; 24: 149-59.
- 11 Van der Cruisen-Koeter IW, Wildhagen MF, de Koning HJ, Schroder FH. The value of current diagnostic tests in prostate cancer screening. BJU Int 2001; 88: 58-66.

SAMENVATTING

Dit proefschrift gaat over plasklachten bij oudere mannen. In de studie wordt een groep mannen, die met klachten wél de huisarts heeft geconsulteerd, vergeleken met een groep mannen, die met gelijksoortige klachten dat níet heeft gedaan.

Het doel van de studie is te ontdekken of, bij gebleken verschillen, dit betekenis heeft voor de mannen die de huisarts níet bezochten, de niet-komers, de mannen die de huisarts wél consulteerden met plasklachten, de komers, én de huisarts.

Kunnen er raadgevingen gegeven worden voor een beter omgaan met de klachten (aan de niet-komer), zijn er suggesties voor vermijding van onnodig spreekuurbezoek (aan de komer) en kunnen er adviezen gegeven worden voor een betere consultvoering bij patiënten met klachten van Bemoeilijkte mictie (aan de huisarts)?

Dit studiedoel is de basis geweest voor de ontwikkeling van zeven onderzoeksvragen, die per hoofdstuk in deze studie worden behandeld. Voor deze exploratieve beschrijvende studie is gebruik gemaakt van vragenlijsten, welke zowel de patiënten als de huisartsen zelf invulden en terugstuurden.

In hoofdstuk 1 wordt met de hulp van casusïstiek uit de eigen huisartsenpraktijk een onderbouwing gegeven aan de zeven onderzoeksvragen:

1. Welke mannen gaan naar de huisarts met plasklachten en wat is hun reden van komst?
2. Hoe is het handelen van de huisarts ten aanzien van de aangeboden klachten?
3. Wat is het beloop van de klachten van de mannen die de huisarts hebben geconsulteerd?
4. Welke mannen gaan níet naar de huisarts met plasklachten en waarom gaan zij niet naar het spreekuur?
5. Welke verschillen zijn er tussen de mannen die de huisarts wél en níet consulteren?
6. Hoe is het beloop van de klachten van de mannen die de huisarts niet consulteren?
7. Welke verschillen zijn er in het beloop van de klachten van mannen die de huisarts wél en níet hebben geconsulteerd?

In hoofdstuk 2 wordt ingegaan op het "design", de opzet van de studie, en wordt een verantwoording gegeven van de gevolgde methodiek bij de selectie en insluiting van huisartsen en patiënten. Volgens dit design is na een "matching-procedure" een groep niet-komers ingesloten die vergelijkbaar is met betrekking tot de ernst en hinder van hun klachten met de groep komers en zo als controle-groep van de komers fungeert.

Er zijn 55 huisartsen die voor de studie 167 mannen hebben ingesloten die voldoen aan de inclusie-criteria van komer, dat wil zeggen de patiënt van 50 jaar of ouder die met plasklachten de huisarts consulteerde. Na een half jaar zijn van hen opnieuw vragenlijsten geanalyseerd waardoor een uitspraak over het beloop van hun klachten gedaan kan worden.

Er zijn als controle-groep 162 mannen geselecteerd die voldoen aan de insluitings-criteria van niet-komer, mannen die de huisarts in de afgelopen twee jaar niet bezochten met plasklachten. Van hen zijn er 19 mannen die toch tijdens de studieperiode van een half jaar de huisarts consulteren met plasklachten. Zij worden apart vervolgd in de studie als *tóch-komers*.

Na een half jaar zijn van 153 mannen (de echte niet-komers en de *tóch-komers*) opnieuw vragenlijsten geanalyseerd waardoor ook van deze groep het beloop beschreven kon worden en kon worden vergeleken met het beloop van de komers.

In hoofdstuk 3 wordt de literatuurstudie beschreven die de basis heeft gevormd voor de wetenschappelijke achtergrond van het onderzoek. Achtereenvolgend wordt ingegaan op eerdere studie-resultaten uit wetenschappelijk onderzoek met betrekking tot de onderwerpen:

1. Het *vóórkomen* van plasklachten bij mannen: de definitie van het begrip plasklachten, de prevalentie in de bevolking en de prevalentie en incidentie in de huisartspraktijk.
2. Het natuurlijk beloop van plasklachten.
3. Hulpzoekend gedrag: de definities en de "pre-medische" fase.
4. Plasklacht en huisarts: de presentatie op het spreekuur en het handelen van de huisarts.
5. Het fenomeen "niet-komen"
6. Plasklachten; beïnvloeding op kwaliteit van leven en seksualiteit.

In hoofdstuk 4 wordt de eerste en tweede onderzoeksvraag behandeld en staan de komers (de mannen die met klachten de huisarts consulteerden) en de huisarts zelf centraal.

De mannen worden, na inventarisatie van hun plasklachten en de beper-

kingen die zij van hun klachten ondervinden op de domeinen van kwaliteit van leven, gevolgd in hun gang door de huisartspraktijk waarbij hun reden van komst, het onderzoek van de huisarts, de voorlopige diagnose en het gevoerde beleid aan analyse zijn onderworpen.

Mede door de bepaling van een aantal algemene kenmerken, die geen specifieke relatie met de klachten hebben, kan een profiel van de komer worden samengesteld: een man van gemiddeld bijna 64 jaar die zich op het spreekuur meldt met “matige” klachten. Dit zijn klachten die uitgedrukt op een schaalverdeling van 0-35 punten (van géén tot véél klachten), gemiddeld 14,3 punten bedragen. Vanuit zijn optiek is, naast de aanwezigheid van plasklachten, bezorgdheid voor kanker van de urinewegen of prostaat een belangrijke reden van komst op het spreekuur van de huisarts.

Beoordeeld op beperkingen van kwaliteit van leven heeft de komer maar matig last van zijn klachten: fysiek is hij het minst beperkt, mentaal iets meer en de beperking van seksualiteit wordt het sterkst ervaren.

De huisarts vindt dat vooral de plasklachten een reden van komst zijn en in mindere mate de angst voor kanker, terwijl voor de komer de angst voor kanker een hogere prioriteit heeft.

Tijdens het consult wordt eigenlijk altijd een gericht lichamelijk onderzoek gedaan, inclusief rectaal onderzoek. De huisarts stelt bijna de helft van de mannen gerust en verwijst in een vijfde van de gevallen naar de uroloog voor specialistisch onderzoek. Medicijnen worden bij een derde van de komers voorgeschreven.

In hoofdstuk 5 wordt de derde onderzoeksvraag uitgewerkt en gaat de aandacht uit naar de verandering van de klachten van de komer in de periode na de consultatie van de huisarts.

Deze klachtenverandering wordt het “beloop” van de klachten genoemd. Beoordeeld door de komer-zélf, geeft het merendeel van de onderzoeksgroep aan dat de klachten zijn verbeterd of dat de klachten hetzelfde zijn gebleven.

Met betrekking tot de ernst en de hinder die de komers van hun klachten ondervinden, geeft het consult van de huisarts een duidelijke verbetering van de plasklachten. Het valt op dat de verbetering van de hinder procentueel minder groot is dan de verbetering van de ernst.

De verbetering van de ernst is het sterkst bij mannen met veel klachten.

Voor de domeinen van kwaliteit van leven zijn de veranderingen weliswaar positief, dat wil zeggen dat het verbeteringen zijn, maar deze zijn zeer gering.

Leeftijd, het hebben van werk, hoogte van de opleiding en het hebben

van andere ziektes (co-morbiditeit) hebben géén invloed op het beloop. Beoordeeld per “diagnosegroep”, heeft de groep met klachten van “Bemoeilijkte mictie” een minder grote verbetering dan de groep met “infectie van de urinewegen of prostaat” of “kanker van de urinewegen of prostaat”.

Het maakt niet uit welke interventie de huisarts doet: alle uitkomsten van het consult hebben een positieve invloed op de ernst en hinder van de klachten. Verwijzing geeft de meeste reductie van klachten, maar wordt als interventie het minst toegepast.

De huisarts geeft, bij patiënten met mictieklachten waarbij geen sprake is van ontstekingen of kanker, meestal “advies alléén” en verwijst hier het minst vaak.

In hoofdstuk 6 staan, congruent aan het hoofdstuk over de komers, de mannen die thuisbleven (de niet-komers) in het middelpunt, waarbij wordt uitgegaan van de vierde en vijfde vraagstelling van het onderzoek: welke mannen consulteren de huisarts niet met plasklachten, waarom consulteren zij de huisarts niet en welke verschillen zijn er tussen de niet-komer en de komer?

Allereerst wordt ook hier een karakteristiek van de niet-komer samengesteld met behulp van dezelfde (algemene en klachten-specifieke) kenmerken welke worden gebruikt bij de beeldvorming van de komer. Dan wordt hun profiel vergeleken met dat van de komers.

Er zijn overeenkomsten:

in leeftijd, opleidingsniveau, werksituatie, medicatiegebruik en gezinsamenstelling zijn de mannen gelijk. Ook voelen de niet-komers zich even gezond als de komers gemeten op de dimensies van de Rand-36 en verschillen zij niet in de snelheid waarmee zij hulp vragen aan de huisarts bij het hebben van gezondheidsproblemen.

Er zijn verschillen:

ondanks een geslaagde “matchingprocedure” hebben de niet-komers gemiddeld een iets lagere score op de ernst en de hinder van hun klachten. Beoordeeld op de domeinen van kwaliteit van leven heeft de niet-komer minder psychische last van zijn klachten dan de komer en wordt hij minder door de klachten beïnvloed in de beleving van seksualiteit. Ook is er verschil ten aanzien van bezorgheid voor de klachten: de niet-komers waren minder bezorgd.

Bij de beantwoording van de vraag waaróm men de huisarts niet had geconsulteerd met plasklachten, gaf een derde van de mannen aan, dat zij geen klachten hadden. Wanneer hun antwoord wordt vergeleken met hun ernst-

score, blijkt dit antwoord consistent: zij hadden inderdaad een lage score op ernst. Overigens was hun hinder-score daar niet mee in overeenstemming. Een derde van de mannen gaf als antwoord, dat de klachten niet erg genoeg waren om de dokter te bezoeken. Hun gemiddelde klachtenscore was vergelijkbaar met de score van totale onderzoeksgroep niet-komers.

Ook bleek dat de groep mannen die eerder beoordeeld waren door de huisarts of uroloog (meer dan twee jaar geleden) de hoogste klachtenscore hadden van zowel de ernst als van de hinder.

De groep mannen die tóch met plasklachten de huisarts tijdens de studieperiode bezochten, de 19 tóch-komers, zijn vervolgd en op algemene en klachten-specifieke kenmerken vergeleken met de échte niet-komers maar zij zijn statistisch niet evalueerbaar.

Er zijn duidelijk verschillen in gemiddelde leeftijd en beleving van gezondheid met de echte niet-komers: de mannen die tóch de huisarts consulteerden zijn gemiddeld vijf jaar ouder dan de niet-komers en zij beschrijven hun algemene gezondheid als minder goed.

Met betrekking tot hulpzoekend gedrag wordt er géén verschil gevonden.

Wel wordt verschil gevonden in de ernst en hinder die zij van hun klachten ondervinden: tóch komers hebben méér klachten dan de niet-komers, maar de invloed van de mictieklachten op de domeinen van de kwaliteit van leven is niet verschillend.

Ook is er verschil in bezorgdheid: de terugkom-groep was gemiddeld bezorgder over de plasklachten dan de echte niet-komers.

Hoofdstuk 7 heeft de zesde onderzoeksvraag als onderwerp: hoe is het beloop van de klachten van de niet-komer? Tevens worden de tóch-komers vervolgd in hún beloop en vergeleken met het beloop van de echte niet-komers.

Het resultaat van deze vergelijking is, dat zowel de niet-komers als de komers in hun klachten gedurende een half jaar verbeteren. Dit geldt voor de ernst van de klachten, de hinder en de beperking van het fysieke ongemak. De beperking door plasklachten gemeten op het mentale en seksuele domein van kwaliteit van leven verandert nauwelijks.

Het beloop van de klachten van de groep tóch-komers kent overigens voor alle kenmerken van hun klachten wel degelijk een verschil met het beloop van de groep echte niet-komers. Voor de ernst en de hinder welke zij van hun klachten ondervinden, betekent dit een tweemaal zo sterke verbetering. De veranderingen op de drie domeinen van kwaliteit van leven zijn niet opvallend. Wel moet aangetekend worden dat de uitkomsten van de verschillen statistisch niet evalueerbaar zijn gezien de geringe omvang van de groep.

In hoofdstuk 8 wordt tenslotte de vergelijking gemaakt: zijn er verschillen in het beloop tussen komer en niet-komer (de zevende onderzoeksvraag).

Als uitkomst geldt dat gemiddeld de ernst van de plasklachten duidelijk verbetert ten gunste van de komer. Dit geldt ook voor de hinder: de komer verbetert maar, de grootte van de verandering blijft met de helft achter bij de verbetering van de ernst.

Verder blijkt dat in mentaal opzicht de komer verbetert ten opzichte van de niet-komer.

De mannen die tussentijds de huisarts consulteerden tijdens de onderzoeksperiode, nemen in de vergelijking van het beloop van de klachten een tussenpositie in: zij verbeteren hun klachten méér dan de niet-komers maar minder dan de komers.

SUMMARY

This doctoral thesis concerns urinary complaints in older men. The research study compares two groups of men with similar complaints. One group consists of men who have consulted their general practitioner, and the other group of men who have not.

The aim of the study is to discover whether any differences found will have significant consequences for the men who did not visit the general practitioner, the non-attenders, those who did visit their general practitioner, the attenders, as well as the general practitioner himself.

With this in mind, the following questions are relevant: can advice be given for improving the management of the complaints (non-attenders) can suggestions be made for avoiding unnecessary general practitioner visits (attenders) and can advice be given to the general practitioner on improving consultation sessions for patients dealing with complaints of 'difficulty passing urine'.

This study objective formed the basis for the formulation of seven research questions that are covered separately in each chapter of this thesis. This exploratory and descriptive study has made use of questionnaires that have been filled out by both patients and general practitioners and returned to the researcher.

In chapter 1, the foundations are laid down for the seven research questions based on case histories from the researcher's own general practice.

1. Which men consult their general practitioner with urinary complaints and what is the reason for their visit?
2. How does the general practitioner treat these men with regard to their complaints?
3. What is the course of the complaints of those men who have consulted their general practitioner?
4. Which men do not consult their general practitioner with their urinary complaints and what is the reason for this?
5. What are the differences between the men who do and do not consult their general practitioner?
6. What is the course of the complaints of those men who do not consult their general practitioner?
7. What are the differences in the course of the complaints between the men who did and did not consult their general practitioner?

In chapter 2, the design or set-up of the study is explained and justification given for the methods that were followed for the selection criteria (inclusion/exclusion) for both general practitioners and patients. According to the study design, after a so-called matching procedure had taken place, a group of non-attenders was included that was comparable regarding the seriousness of their complaints and the hinder that they experienced with the group attenders and therefore acted as control group for the attenders. In total, 55 general practitioners selected 167 men for the study who satisfied the inclusion criteria for the group attender. These criteria applied to men of 50 years of age or older who had consulted the general practitioner with urinary complaints. After six months, completed questionnaires from these men were analysed again in order for an assessment on the course or progression of their complaints to be made.

The control group consisted of 162 men who were selected and satisfied the inclusion criteria for non-attender. These criteria applied to men who had not consulted their general practitioner with urinary complaints during the past two years. Out of these men, 19 of them did consult the general practitioner with urinary complaints during the half-year study period. They were followed separately in the study and are referred to as late attenders.

After six months, questionnaires were analysed again from 153 men (the non-attenders and the late attenders) in order for an assessment of the course of their complaints to be made. This group could then be compared on this aspect with the group attenders.

In chapter 3, the literature study that formed the basis for the scientific background of the study is described. Subsequently, previous study results from scientific research are discussed in regard to the following subjects:

1. The occurrence of urinary complaints in men: the definition of the term urinary complaints, the prevalence in the population and the prevalence and incidence in general practice.
2. The natural course of urinary complaints.
3. Help-seeking behaviour: the definitions and the pre-medical phase.
4. Urinary complaints and the general practitioner: how the complaints are presented in the consulting room and how the general practitioner treats.
5. The phenomenon non-attender.
6. Urinary complaints and their influence on quality of life and sexuality.

In chapter 4, the first and second research questions are discussed and the attenders (the men who did consult the general practitioner with complaints) and the general practitioner are the central figures.

After being assessed for their urinary complaints and the limitations that they experience due to their complaints concerning quality of life, the men were followed in general practice and the following aspects analysed: their reason for consultation, the examination by the general practitioner, the preliminary diagnosis and the treatment policy.

Partly by defining a number of general characteristics that do not specifically relate to the complaints, it was possible to formulate a profile of the attender as follows: a man with an average age of 64 years who presents in the consulting room with mild to moderate urinary complaints. These complaints amount to an average score of 14.3 on a scale rating of 0-35 points ranging from no complaints at all to many. These patients are typically worried not only about the urinary complaints, but also about the possibilities of cancer of the urinary tract or prostate; sufficient reason for them to consult their general practitioner.

When assessed for limitations to their quality of life, the attender has only slight hinder from his complaints: physically he hardly has any discomfort at all, mentally this is slightly more and the most significant limitation is that in the area of his sexuality.

Whilst the general practitioner considers the urinary complaints especially to be a reason for the consultation and the anxiety surrounding cancer less important, the patient considers his anxiety for cancer to hold higher priority.

During the consultation, specific physical examination is always carried out including rectal examination. The general practitioner is able to reassure almost half of the men and refers one fifth on to the urologist for specialized tests. Medication is prescribed for one third of the attenders.

In chapter 5, the third research question is discussed and the main focus is put on the change in the complaints of the attender in the period following consultation with the general practitioner.

These changes relating to the complaints are referred to as the course of the complaints.

The majority of the research group indicates by means of self-assessment that the complaints have either improved or remained the same. Regarding how the attenders experience the severity and the hinder of their complaints, the consultation by the general practitioner clearly results in improvement of the urinary complaints. It is striking that the improvement

on the aspect of hinder, is percentually not as large as that of the improvement in the severity of the complaints.

The improvement in severity is the strongest in men who have many complaints.

For those aspects falling under the area of quality of life, although the changes are positive i.e. there are improvements, these are very small.

Age, employment situation, level of education and the presence of other diseases (comorbidity) did not influence the course of the complaints.

When assessed per diagnosis group, the group with complaints of difficulty passing urine, showed a less large improvement than the group with infection of the urinary tract or prostate or cancer of the urinary tract or prostate.

No differences were seen regarding the type of intervention performed by the general practitioner: all outcomes of the consultation had a positive influence on the severity and hinder of the complaints. Referral had the most significant effect on reducing the complaints, although as an intervention this was performed the least.

For those cases where patients experience difficulty with passing urine but for whom there is no question of infection or cancer, the general practitioner usually just gives advice. These patients are referred on the least.

In chapter 6, corresponding with the chapter on the attenders, the men who stayed at home (the non-attenders) and the fourth and fifth research questions are the main focus: which men did not consult their general practitioner with urinary complaints, why did they not do so and what are the differences between the non-attender and the attender?

Firstly, a profile of the non-attender was also drawn up here with the help of the same general and complaint-specific characteristics that were used in the profile of the attender. Subsequently, this profile is compared with that of the attenders.

Some common ground can be found:

the men are the same regarding age, level of education, work situation, use of medication and family composition. In addition, the non-attenders feel equally as healthy as the attenders when measured on the dimensions of the Rand 36-item Health Survey and do not differ in the speed in which they consult their general practitioner in the presence of health problems.

Some differences can also be observed:

in spite of a successful matching procedure, the non-attenders on average have a slightly lower score for the severity and hinder of their complaints.

When assessed for the aspects falling under the area of quality of life, the non-attender has less psychological hinder from his complaints than the attender and is less influenced by his complaints in his perception of sexuality. There is also a difference regarding the level of worry for the complaints: the non-attenders were less worried.

When asked why the men had not consulted the general practitioner for their urinary complaints, one third of the men answered that they had no complaints. When their answers were compared to their scores regarding severity, they appeared to be consistent: they did indeed have low scores for severity. Though their score for hinder was not in agreement with this.

One third of the men answered that the complaints were not serious enough to warrant visiting the doctor. Their average score for complaints was comparable with the score of the total study group of non-attenders. In addition, the group of men who had been previously assessed by the general practitioner or urologist (longer than two years earlier) had the highest score for both the severity and amount of hinder from their complaints.

The group of men (19 late attenders) who consulted the general practitioner with urinary complaints during the study period later than the attenders, were followed for general and complaint-specific characteristics and compared with the non-attenders. However, the data from this group was not eligible for statistical evaluation.

There were clear differences both in the average age and in the perception of health between this group and the group of non-attenders: the men who consulted their general practitioner at a later date (the late attenders) were on average five years older than the non-attenders and they described their general health as less good.

No differences were found between the groups for the aspect of help-seeking behaviour.

However, some differences were found for the aspects of severity and hinder that they experienced with their complaints: the late attenders had more complaints than the non-attenders but the amount of influence that the urinary problems had on the aspects of quality of life did not differ. There was also some difference in the degree of worry experienced by the men: the late attenders were, on average, more concerned about the urinary complaints than the group of non-attenders.

Chapter 7 focusses on the sixth research question: what is the course of the complaints for the non-attenders? At the same time, the late attenders were

followed for the course that their complaints took and compared with the course of the complaints in the non-attenders.

This comparison determined that the complaints of both the non-attenders and the attenders improved over the period of six months. This improvement concerned the severity of the complaints, the hinder and the amount of physical discomfort experienced by the men. The limitations experienced due to the urinary complaints hardly changed when measured for the mental and sexual areas of quality of life.

There was a clear difference between the groups of late attenders and non-attenders for all aspects falling under the area of the course that the complaints took. On the aspects of severity and hinder, the improvement in the late-attenders was twice as strong as that in the non-attenders. The changes in the three areas measured under quality of life were not significant. We should point out here that the outcomes for the differences were not evaluated statistically due to the small sample size.

Chapter 8 compares the differences between the groups by looking at the seventh research question. This concerns the differences in the course of the complaints between the groups of attenders and non-attenders.

One significant outcome is that on average, the severity of the urinary complaints clearly improved for men in the attender group. This was also the case for the aspect of hinder: the attender improved although the degree of the improvement was only half as much as that of the improvement seen in the severity of the complaints.

Moreover, the attender improved on the mental aspects compared to the non-attender.

The men in the group of late attenders who consulted their general practitioner during the study period hold a middle position concerning the course of the complaints. Their complaints improved more than the non-attenders but less than the attenders.

BIJLAGE 1 VAN HOOFDSTUK 2

Het bezoek aan de huisartsen, het verslag van de "reiziger".

Een plezierig onderdeel van het onderzoek-project was het opzetten van het huisartsennetwerk voor de gegevensverzameling van de patiënten.

Het betekende dat, per bezoek, het onderzoek "verkocht" moest worden aan de huisartsen met wie ik een afspraak had gemaakt om uitleg te geven over doel en opzet en hen te vragen definitief mee te doen.

Vaak was de vooraf verstuurd brief met informatie over het onderzoek zoek geraakt of op een van de grote stapels op het spreekkamerbureau terecht gekomen; een uiterst herkenbaar gebeuren!

Gewapend met de z.g. reizigers-koffer, waarin als handelswaar het bureaustandaardje met inclusiecriteria en het pakket vragenlijsten, zat ik als een vertegenwoordiger van een farmaceutische firma in de wachtkamer van de dokter, wachtend op het moment dat het laatste consult was afgerond.

Eénmaal binnen in de spreekkamer, startte ik met mijn wervend verhaal voor de huisarts en trof ik een scala aan verschillend gestemde toehoorders : goed gemuste, vermoeide, bijna afgebrande, gestresste, opgewekte, belangstellende, kritische en terughoudende dokters. Zeker in het begin leerde ik van hen - door de praktische vragen die zij stelden - duidelijker te omschrijven wat ik de onderzoeksopzet inhield en wat het doel was van mijn plan.

Het lukte uiteindelijk telkens om het gele onderzoeksvlaggetje met inclusiecriteria op het bureau te planten en zo was het netwerk weer met één of meer huisartsen uitgebreid !

Overigens werd de wachtkamer-route ook vaak overgeslagen afhankelijk van de relatie met de ontvangende huisarts(en). Zo zat ik in woonkamers thee te drinken, aan keukentafels mee te eten met het gezin, buitenshuis te dineren met huisarts en partner, was ik aanwezig bij het wekelijks patiënten-overleg tussen de maten van een groepspraktijk, was ik getuige van de wekelijkse overdracht van de (toen nog !) weekenddienst van een huisartsengroep en dronk ik temidden van het dagelijks overleg tussen huisarts en assistente koffie terwijl telefoons rinkelden, faxen piepten en de wachtkamer weer vol liep.

De tochten door Nederland waren vaak prachtig en gaven een uitbreiding aan mijn geografische kennis. Uit tijdsbesparende overwegingen werd vaak een reeks afspraken gemaakt op dezelfde dag in dezelfde regio en zo geprobeerd een logische route uit te stippelen. Zo werd de Achterhoek op een heldere februaridag bezocht, het platteland van Groningen op de volgende woensdag en Friesland op een natte herfstdag.

Uitzonderlijk was de tocht naar Texel en Terschelling:

op beide eilanden waren de huisartsen bereid mij te ontvangen. Het leek een mijl op zeven, een grote tijdsinvestering voor een drukke huisarts-onderzoeker ! Het bleken waardevolle bezoeken: uitbreiding van mijn netwerk maar óók: hoe werkt een huisarts op een eiland? De Texelse huisarts deed in navolging van haar voorganger spreekuur op zaterdagmiddag als de vissers weer binnen kwamen na een week op zee.

Ik werd onthaald als een vorst. Ik bezocht de prachtig verbouwde praktijk, gaf mijn instructie over het onderzoek, dronk thee met de kinderen en ging met hen dineren in het nabijgelegen restaurant. Een bijzondere dag.

Ook de tocht naar Terschelling was een aparte gebeurtenis. Oud huisgenoot Piet, geboren en getogen op het eiland, stond op de kade te wachten bij de aankomst van de boot. Hij gaf mij twee mogelijkheden : óf over een half uur na overhandiging van de vragenlijsten weer terug met de boot naar Harlingen óf met hem mee op instructie-tocht voor leerlingen van de zeevaartschool met een sleepboot de haven uit voor het oefenen van redden van drenkelingen! Hij was als arts betrokken bij deze opleiding en moest medisch bijstand geven bij eventuele ongevallen tijdens de instructie die werd uitgevoerd op het water tussen Ameland en Terschelling. Na afwegen van de zeeziektekansen bij windkracht 5, koos ik er voor om mee te gaan. Zo stond ik even later temidden van metsjes en jongens in overlevingspakken en mannen in duikkleding op een winderig dek en voeren we de haven weer uit! Met veel broodjes en frisse lucht bleef de maag rustig en was er gelegenheid om bij te praten terwijl ondertussen in en op het water druk geoefend werd met reddingsvlotten en in het water drijvende mensen. 's Middags waren we weer terug in de haven en werd de thuisreis per boot aanvaard : weer één huisarts toegevoegd aan de lijst en een avontuurlijke ervaring rijker!

Het werven van huisartsen was een tijdrovende maar belangrijke fase in het onderzoek. Toch bleek het investeren in een goed netwerk essentieel en alleszins de moeite waard, gezien de

bereidheid die artsen en patiënten aan de dag legden om gegevens aan te leveren. Door oude banden aan te halen en nieuwe te smeden, gaf het een persoonlijk karakter aan het onderzoek en vergemakkelijkte het de contacten tussen mij en onderzoeksteam bij vragen of onduidelijkheden over onderzoeksgegevens.

BIJLAGE 2 VAN HOOFDSTUK 2

W. K. van der Heide
Leeksterweg 34
9301 AP Roden
tel. 050-5015723
fax 050-5010896



NIEUWSBRIEF PLASKLACHTEN ONDERZOEK

Roden, 2 mei 2000

Geachte deelnemende huisarts,

Even een bericht vanuit het "onderzoekscentrum Roden" om jullie te informeren over de stand van zaken rond het onderzoek over plasklachten in de huisartsenpraktijk:

Er doen nu 66 huisartsen mee om patiënten in te sluiten. Ik ben daar voorlopig best tevreden mee en misschien lukt het om boven de 70 te komen. De ontvangst die ik bij jullie had op mijn rondrit door Nederland (van Texel tot Wehl, van Leens tot Den Haag) was zeer gastvrij en hartelijk. Ik vond het een hele belevenis om even in jullie "keuken" te mogen kijken!

Er zijn nu zo'n 40 vragenlijsten binnen.

Voor een statistisch verantwoorde uitspraak over de gegevens moeten we boven de 150 komen dus er is nog wel werk aan de winkel. Natuurlijk is deze brief ook bedoeld om een en ander nog eens onder de aandacht te brengen!

De huisarts-selectieformulieren komen goed binnen, de patient-vragenlijsten wat minder. De vragenlijst is ook best pittig, maar misschien lukt het om de patient-komer nog eens goed te motiveren.

Mochten er nog vragen of onduidelijkheden zijn, bel of schrijf (via antwoordenvolp) naar Roden.

Ik hoop dat de stroom goed op gang blijft en ik dank jullie vast voor je moeite,

Met vriendelijke groet,


Wouter van der Heide.

BIJLAGE 3 VAN HOOFDSTUK 2



Vragenlijsten

Dit boekje bevat verschillende vragenlijsten. Deze zijn ontworpen om te beoordelen hoe (erg) plasklachten de kwaliteit van uw leven beïnvloeden of anders gezegd hoe hinderlijk plasklachten zijn bij de dagelijkse dingen die u doet.

Wij willen u vriendelijk verzoeken de vragen op de hierna volgende bladzijden te beantwoorden.

De gegevens worden anoniem gemaakt en verwerkt.

Uw huisarts krijgt de door u ingevulde vragenlijst niet te zien.

Uw antwoorden en reacties blijven strikt vertrouwelijk.

De antwoorden vallen onder het medisch beroepsgeheim.

Bij de meeste vragen kunt u uw antwoord aangeven met het zetten van een kruisje. Soms zijn er meerdere antwoorden mogelijk, dat is dan bij die vraag aangegeven.

Als u de vragenlijsten heeft ingevuld, wilt u die dan in de antwoordenvolop terugsturen? Een postzegel is niet nodig.

Mocht u de antwoordenvolop missen, dan kunt u de lijsten terugsturen naar:

W.K. van der Helde, huisarts-onderzoeker RUG
Antwoordnummer 153
9300 ZA Roden

Ook hier is geen postzegel nodig.

Bedankt voor het invullen van alle lijsten.

Over een half jaar vragen wij nogmaals uw medewerking bij het invullen van een vragenlijst.

Elke van de volgende 7 vragen bestaat uit 2 gedeeltes. Het eerste deel (vraag a) gaat over hoe vaak de klacht voorkomt, en het tweede deel (vraag b) over hoeveel last u van deze klacht ondervindt. Als u de klacht helemaal niet heeft, dan is de b vraag niet van toepassing (n.v.t.). Wilt u het hokje aankruisen dat het beste bij uw situatie past?

- 1a: Hoe vaak had u in de afgelopen 4 weken het gevoel dat uw blaas niet leeg was nadat u had geplast?
- ☐ 1 helemaal niet
 - ☐ 2 minder dan 1 op de 5 keer
 - ☐ 3 minder dan de helft van de keren
 - ☐ 4 ongeveer de helft van de keren
 - ☐ 5 meer dan de helft van de keren
 - ☐ 6 (bijna) altijd

- b: Is dit een probleem voor u?
- ☐ 1 n.v.t.
 - ☐ 2 geen probleem
 - ☐ 3 gering probleem
 - ☐ 4 behoorlijk probleem

- 2a: Hoe vaak moest u in de afgelopen 4 weken binnen 2 uur nadat u geplast had weer plassen?
- ☐ 1 nooit
 - ☐ 2 minder dan 1 op de 5 keer
 - ☐ 3 minder dan de helft van de keren
 - ☐ 4 ongeveer de helft van de keren
 - ☐ 5 meer dan de helft van de keren
 - ☐ 6 (bijna) altijd

- b: Is dit een probleem voor u?
- ☐ 1 n.v.t.
 - ☐ 2 geen probleem
 - ☐ 3 gering probleem
 - ☐ 4 behoorlijk probleem

3a: Hoe vaak heeft u in de afgelopen 4 weken gemerkt dat tijdens het plassen de straal werd onderbroken?

- ☐ 1 nooit
- ☐ 2 minder dan 1 op de 5 keer
- ☐ 3 minder dan de helft van de keren
- ☐ 4 ongeveer de helft van de keren
- ☐ 5 meer dan de helft van de keren
- ☐ 6 (bijna) altijd

b: Is dit een probleem voor u?

- ☐ 1 n.v.t.
- ☐ 2 geen probleem
- ☐ 3 gering probleem
- ☐ 4 behoorlijk probleem

4a: Hoe vaak had u in de afgelopen 4 weken moeite om het plassen uit te stellen?

- ☐ 1 nooit
- ☐ 2 minder dan 1 op de 5 keer
- ☐ 3 minder dan de helft van de keren
- ☐ 4 ongeveer de helft van de keren
- ☐ 5 meer dan de helft van de keren
- ☐ 6 (bijna) altijd

b: Is dit een probleem voor u?

- ☐ 1 n.v.t.
- ☐ 2 geen probleem
- ☐ 3 gering probleem
- ☐ 4 behoorlijk probleem

5a: Hoe vaak had u in de afgelopen 4 weken een zwakke urinestraal?

- ☐ 1 nooit
- ☐ 2 minder dan 1 op de 5 keer
- ☐ 3 minder dan de helft van de keren
- ☐ 4 ongeveer de helft van de keren
- ☐ 5 meer dan de helft van de keren
- ☐ 6 (bijna) altijd

b: Is dit een probleem voor u?

- ☐ 1 n.v.t.
- ☐ 2 geen probleem
- ☐ 3 gering probleem
- ☐ 4 behoorlijk probleem

6a: Hoe vaak moest u in de afgelopen 4 weken persen om de urinestraal op gang te brengen?

- ☐ 1 nooit
- ☐ 2 minder dan 1 op de 5 keer
- ☐ 3 minder dan de helft van de keren
- ☐ 4 ongeveer de helft van de keren
- ☐ 5 meer dan de helft van de keren
- ☐ 6 (bijna) altijd

b: Is dit een probleem voor u?

- ☐ 1 n.v.t.
- ☐ 2 geen probleem
- ☐ 3 gering probleem
- ☐ 4 behoorlijk probleem

7a: Hoe vaak moest u in de afgelopen 4 weken gemiddeld per nacht opstaan om te plassen?

- ☐ 1 nooit
- ☐ 2 één keer
- ☐ 3 twee keer
- ☐ 4 drie keer
- ☐ 5 vier keer
- ☐ 6 vijf of meer keer

b: Is dit een probleem voor u?

- ☐ 1 n.v.t.
- ☐ 2 geen probleem
- ☐ 3 gering probleem
- ☐ 4 behoorlijk probleem

De volgende 4 vragen gaan over uw gezondheid en de kwaliteit van het leven. Ook hier s.v.p. het hokje aankruisen dat het best met uw situatie overeenkomt.

- | | |
|--|--|
| 1: Heeft u zich de afgelopen 4 weken zorgen gemaakt over uw gezondheid in verband met problemen bij het plassen? | <input type="checkbox"/> 1 neen
<input type="checkbox"/> 2 een beetje
<input type="checkbox"/> 3 nogal wat
<input type="checkbox"/> 4 veel |
| 2: Hoeveel hinder heeft u de afgelopen 4 weken globaal ondervonden bij het plassen? | <input type="checkbox"/> 1 geen
<input type="checkbox"/> 2 een beetje
<input type="checkbox"/> 3 nogal wat
<input type="checkbox"/> 4 veel |
| 3: Hoe vaak hebben de afgelopen 4 weken problemen met plassen u gehinderd in uw normale activiteiten? | <input type="checkbox"/> 1 nooit
<input type="checkbox"/> 2 zelden
<input type="checkbox"/> 3 regelmatig
<input type="checkbox"/> 4 meestal
<input type="checkbox"/> 5 altijd |
| 4: Wanneer het plassen uw hele leven zou blijven zoals het nu is, hoe zou u zich daar over voelen? | <input type="checkbox"/> 1 zeer tevreden
<input type="checkbox"/> 2 tevreden
<input type="checkbox"/> 3 tevreden/ontevreden
<input type="checkbox"/> 4 ontevreden
<input type="checkbox"/> 5 zeer ontevreden |

Mensen roepen de hulp van een huisarts in om verschillende redenen. Kunt u bij elk van onderstaande situaties aangeven of u hiervoor naar een dokter zou gaan?

- | | |
|---|--------------------------------------|
| 1: Zou u naar een huisarts gaan als u zich slap voelt en gedurende drie dagen behoorlijke hoge temperatuur heeft? | <input type="checkbox"/> 1 ja |
| | <input type="checkbox"/> 2 nee |
| | <input type="checkbox"/> 3 weet niet |
| 2: Zou u naar een huisarts gaan als u zich slap voelt gedurende drie dagen en op de derde dag behoorlijk hoge temperatuur krijgt? | <input type="checkbox"/> 1 ja |
| | <input type="checkbox"/> 2 nee |
| | <input type="checkbox"/> 3 weet niet |
| 3: Zou u naar een huisarts gaan als u een hevige hoest heeft, die een week aanhoudt en die niet beter lijkt te worden? | <input type="checkbox"/> 1 ja |
| | <input type="checkbox"/> 2 nee |
| | <input type="checkbox"/> 3 weet niet |
| 4: Zou u naar een huisarts gaan als u zich sinds een week moe en teneergeslagen voelt en niet weet waardoor dit komt? | <input type="checkbox"/> 1 ja |
| | <input type="checkbox"/> 2 nee |
| | <input type="checkbox"/> 3 weet niet |
| 5: Zou u naar een huisarts gaan als u uw knie verdraaid had en u hierdoor de afgelopen drie dagen iedere keer last heeft bij het lopen? | <input type="checkbox"/> 1 ja |
| | <input type="checkbox"/> 2 nee |
| | <input type="checkbox"/> 3 weet niet |
| 6: Zou u naar een huisarts gaan als u gedurende drie dagen een zware verkoudheid heeft zonder koorts? | <input type="checkbox"/> 1 ja |
| | <input type="checkbox"/> 2 nee |
| | <input type="checkbox"/> 3 weet niet |
| 7: Zou u naar een huisarts gaan als u gedurende vier dagen keelpijn heeft welke niet beter lijkt te worden? | <input type="checkbox"/> 1 ja |
| | <input type="checkbox"/> 2 nee |
| | <input type="checkbox"/> 3 weet niet |

- 8: Zou u naar een huisarts gaan als u gedurende enkele weken zich zonder duidelijke reden zorgen maakt?
- ☐ 1 ja
☐ 2 nee
☐ 3 weet niet
- 9: Zou u naar een huisarts gaan als u bloed bij uw ontlasting ontdekt terwijl u zich verder goed voelt?
- ☐ 1 ja
☐ 2 nee
☐ 3 weet niet

We willen u kort iets vragen over uw eventuele rookgewoonte.

- 1: Rookt u?
- ☐ 1 ja - ga naar vraag 2
☐ 2 nee, maar ik heb gerookt - ga naar vraag 2
☐ 3 nee, ik heb nooit gerookt - ga door naar volg. blz.

- 2: U rookt / heeft gerookt.
1. Hoeveel jaar heeft u gerookt?
 2. Hoeveel sigaretten/pijpen/sigaren per dag?
 3. Als u gestopt bent met roken, hoeveel jaar geleden?

Onderstaand vindt u vier uitspraken.

Kunt u aangeven hoe u zelf over deze uitspraken denkt?

- | | |
|--|---|
| 1: Prostaatklachten zijn zeer hinderlijk voor oudere mannen. | <input type="checkbox"/> 1 helemaal mee eens |
| | <input type="checkbox"/> 2 mee eens |
| | <input type="checkbox"/> 3 niet mee eens |
| | <input type="checkbox"/> 4 helemaal niet mee eens |
| | <input type="checkbox"/> 5 weet ik niet |
| 2: Als een man last heeft van de prostaat is het beter dat hij zich laat opereren. | <input type="checkbox"/> 1 helemaal mee eens |
| | <input type="checkbox"/> 2 mee eens |
| | <input type="checkbox"/> 3 niet mee eens |
| | <input type="checkbox"/> 4 helemaal niet mee eens |
| | <input type="checkbox"/> 5 weet ik niet |
| 3: Als een man last heeft van de prostaat is een operatie onvermijdelijk. | <input type="checkbox"/> 1 helemaal mee eens |
| | <input type="checkbox"/> 2 mee eens |
| | <input type="checkbox"/> 3 niet mee eens |
| | <input type="checkbox"/> 4 helemaal niet mee eens |
| | <input type="checkbox"/> 5 weet ik niet |
| 4: Door een prostaatoperatie wordt de seksuele activiteit verminderd. | <input type="checkbox"/> 1 helemaal mee eens: seksuele activiteit wordt minder |
| | <input type="checkbox"/> 2 mee eens |
| | <input type="checkbox"/> 3 operatie maakt niet uit voor seksuele activiteit |
| | <input type="checkbox"/> 4 niet mee eens |
| | <input type="checkbox"/> 5 helemaal niet mee eens: seksuele activiteit wordt meer |
| | <input type="checkbox"/> 6 weet ik niet |

De vorige vragen hadden betrekking op uw eigen mening. In de vragen die nu volgen wordt aan u gevraagd hoe uw omgeving reageert.

- 1: Is er door andere mensen (partner, familie, vrienden, kennissen) wel eens gereageerd op uw plasklachten?

1

nee, ik heb geen plasklachten

2

nee, ze weten het niet

3

nee, ze reageren er niet op
- 4
- ja, soms

5

- ga door naar pag. 9

- ga door naar pag. 9

- ga door naar pag. 9

2: Indien anderen reageerden op uw plasklachten, hoe vond u dat dan?

1

zeer vervelend

2

vervelend

3

4

5

3: Welke mensen reageerden op uw plasklachten? (meer antwoorden aankruisen mag)

1

echtgenote / partner

2

kennis of vriend

3

4

5

6

4: Hebben mensen uit uw omgeving nog suggesties gegeven waardoor u gemakkelijker met uw plasklachten kan omgaan?

1

nee, geen suggesties gekregen

2

ja, de klachten zijn hierdoor verdwenen

3

4

5

- ga door naar pag. 9

5: Kunt u deze suggesties kort weergeven?

De een maakt zich zorgen, de ander niet. Wij willen graag van u weten hoe dat bij u is. Daarover gaan de volgende 3 vragen.

- | | |
|---|---|
| 1: Bent u bezorgd over uw eigen plasklachten? | <input type="checkbox"/> 1 niet bezorgd |
| | <input type="checkbox"/> 2 een beetje bezorgd |
| | <input type="checkbox"/> 3 bezorgd |
| | <input type="checkbox"/> 4 erg bezorgd |
| 2: Bent u bezorgd dat u op een dag niet meer kunt plassen? | <input type="checkbox"/> 1 niet bezorgd |
| | <input type="checkbox"/> 2 een beetje bezorgd |
| | <input type="checkbox"/> 3 bezorgd |
| | <input type="checkbox"/> 4 erg bezorgd |
| 3: Maakt u zich zorgen over het krijgen van prostaatkanker? | <input type="checkbox"/> 1 niet bezorgd |
| | <input type="checkbox"/> 2 een beetje bezorgd |
| | <input type="checkbox"/> 3 bezorgd |
| | <input type="checkbox"/> 4 erg bezorgd |

De volgende lijst gaat over verschillende zaken die door plasklachten kunnen worden beïnvloed.

Hoe moet deze vragenlijst ingevuld worden?

Zet een streep op de plaats die u het best overeen vindt komen met hoe u zich voelt, zoals bij het voorbeeld hieronder.

Als u zich nogal vermoeid voelt, dan zet u **een streep** meer bovenaan de lijn; als u zich daarentegen nogal uitgerust voelt, dan zet u **een streep** onderaan de lijn.

Uw antwoord kan dus variëren tussen de twee uitersten van de getrokken lijn, en u kunt het zo dicht of zo ver van één van deze eindpunten zetten als overeenkomt met hoe u zich voelt.

De vragen die nu volgen, hebben betrekking op de periode van de afgelopen 4 weken.

Voorbeeld: Voelt u zich vermoeid?



1: Het samen met andere personen aan iets bezig zijn, is verstoord door plas problemen.

Erg

Heel weinig

2: Als u ergens heen gaat, moet u onder weg stoppen om te urineren.

Vaak

Zelden

3: Uw vrijetijdsbesteding en het uitoefenen van uw hobbies zijn verstoord door plasproblemen.

Vaak

Zelden

4: U voelt zich door plasproblemen moe,
lusteloos en futloos.

Vaak



Zelden



5: Uw energie en vitaliteit zijn ten gevolge
van plasproblemen ...

Zwak



Sterk



6: Over uw leven, zoals het nu is, bent u
in verband met plasproblemen ...

Ontevreden



Teverden

**7: Uw seksuele verlangens zijn door
plasproblemen momenteel ...**

Zwak



Sterk

8: Over uw erecties bent u ...

Helemaal niet tevreden



Zeer tevreden

9: Uw sexleven is bevredigend.

Zelden



Vaak

In deze vragenlijst wordt naar uw gezondheid gevraagd. Wilt u elke vraag beantwoorden door het juiste hokje aan te kruisen. Wanneer u twijfelt over het antwoord op een vraag, probeer dan het antwoord te geven dat het meest van toepassing is.

- 1: Wat vindt u, over het algemeen genomen, van uw gezondheid?
- | | |
|----------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | uitstekend |
| <input type="checkbox"/> 2 | zeer goed |
| <input type="checkbox"/> 3 | goed |
| <input type="checkbox"/> 4 | matig |
| <input type="checkbox"/> 5 | slecht |
- 2: In vergelijking met een jaar geleden, hoe zou u nu uw gezondheid in het algemeen beoordelen?
- | | |
|----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1 | veel beter dan een jaar geleden |
| <input type="checkbox"/> 2 | iets beter dan een jaar geleden |
| <input type="checkbox"/> 3 | ongeveer hetzelfde als een jaar geleden |
| <input type="checkbox"/> 4 | iets slechter dan een jaar geleden |
| <input type="checkbox"/> 5 | veel slechter dan een jaar geleden |
- 3: De volgende vragen gaan over dagelijkse bezigheden. Wordt u door uw gezondheid op dit moment beperkt bij deze bezigheden? Zo ja, in welke mate?
- | | ja,
ernstig
beperkt | ja,
een beetje
beperkt | nee,
helemaal
niet beperkt |
|--|----------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| a Forse inspanning, zoals hardlopen, zware voorwerpen tillen, inspannend sporten | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| b Matige inspanning, zoals het verplaatsen van een tafel, stofzuigen, fietsen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| c Tillen of boodschappen dragen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| d Een paar trappen oplopen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| e Eén trap oplopen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |

	ja, ernstig beperkt	ja, een beetje beperkt	nee, helemaal niet beperkt
f Buigen, knielen of bukken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g Meer dan een kilometer lopen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h Een halve kilometer lopen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i Honderd meter lopen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j U zelf wassen of aankleden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4: Had u, ten gevolge van uw lichamenlijke gezondheid, de afgelopen 4 weken één van de volgende problemen bij uw werk of andere dagelijkse bezigheden?

	ja	nee
a U heeft minder tijd kunnen besteden aan werk of andere bezigheden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b U heeft minder bereikt dan u zou willen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c U was beperkt in het soort werk of het soort bezigheden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d U had moeite met het werk of andere bezigheden (het kostte u bijvoorbeeld extra inspanning)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5: Had u, ten gevolge van een emotioneel probleem (bijvoorbeeld doordat u zich somber of angstig voelde), de afgelopen vier weken één van de volgende problemen bij uw werk of andere dagelijkse bezigheden?

	ja	nee
a U heeft minder tijd kunnen besteden aan werk of andere bezigheden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b U heeft minder bereikt dan u zou willen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c U heeft het werk of andere bezigheden niet zo zorgvuldig gedaan als u gewend bent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 6: In hoeverre heeft uw lichamelijke gezondheid of hebben uw emotionele problemen u de afgelopen 4 weken belemmerd in uw normale sociale bezigheden met gezin, vrienden, buren of anderen?
- ☐ 1 helemaal niet
 - ☐ 2 enigszins
 - ☐ 3 nogal
 - ☐ 4 veel
 - ☐ 5 heel erg veel
- 7: Hoeveel pijn had u de afgelopen 4 weken?
- ☐ 1 geen
 - ☐ 2 heel licht
 - ☐ 3 licht
 - ☐ 4 nogal
 - ☐ 5 ernstig
 - ☐ 6 heel ernstig
- 8: In welke mate heeft pijn u de afgelopen vier weken belemmerd bij uw normale werkzaamheden (zowel werk buitenshuis als huishoudelijk werk)?
- ☐ 1 helemaal niet
 - ☐ 2 een klein beetje
 - ☐ 3 nogal
 - ☐ 4 veel
 - ☐ 5 heel erg veel
- 9: Deze vragen gaan over hoe u zich de afgelopen vier weken heeft gevoeld. Wilt u bij elke vraag het antwoord aankruisen dat het beste aansluit bij hoe u zich heeft gevoeld. Hoe vaak gedurende de afgelopen 4 weken:
- a voelde u zich levenslustig?
- ☐ 1 voortdurend
 - ☐ 2 meestal
 - ☐ 3 vaak
 - ☐ 4 soms
 - ☐ 5 zelden
 - ☐ 6 nooit
- b voelde u zich erg zenuwachtig?
- ☐ 1 voortdurend
 - ☐ 2 meestal
 - ☐ 3 vaak
 - ☐ 4 soms
 - ☐ 5 zelden
 - ☐ 6 nooit

c zat u zo erg in de put dat niets u kon opvrolijken?

- ☐ 1 voortdurend
- ☐ 2 meestal
- ☐ 3 vaak
- ☐ 4 soms
- ☐ 5 zelden
- ☐ 6 nooit

d voelde u zich kalm en rustig?

- ☐ 1 voortdurend
- ☐ 2 meestal
- ☐ 3 vaak
- ☐ 4 soms
- ☐ 5 zelden
- ☐ 6 nooit

e voelde u zich erg energiek?

- ☐ 1 voortdurend
- ☐ 2 meestal
- ☐ 3 vaak
- ☐ 4 soms
- ☐ 5 zelden
- ☐ 6 nooit

f voelde u zich neerslachtig en somber?

- ☐ 1 voortdurend
- ☐ 2 meestal
- ☐ 3 vaak
- ☐ 4 soms
- ☐ 5 zelden
- ☐ 6 nooit

g voelde u zich uitgeblust?

- ☐ 1 voortdurend
- ☐ 2 meestal
- ☐ 3 vaak
- ☐ 4 soms
- ☐ 5 zelden
- ☐ 6 nooit

h voelde u zich gelukkig?

- ☐ 1 voortdurend
- ☐ 2 meestal
- ☐ 3 vaak
- ☐ 4 soms
- ☐ 5 zelden
- ☐ 6 nooit

i voelde u zich moe?

- ☐ 1 voortdurend
- ☐ 2 meestal
- ☐ 3 vaak
- ☐ 4 soms
- ☐ 5 zelden
- ☐ 6 nooit

l0: Hoe vaak hebben uw lichamelijke gezondheid of emotionele problemen gedurende de afgelopen 4 weken uw sociale activiteiten (zoals bezoek aan vrienden of naaste familieleden) belemmerd?

- ☐ 1 voortdurend
- ☐ 2 meestal
- ☐ 3 soms
- ☐ 4 zelden
- ☐ 5 nooit

l1: Wilt u het antwoord kiezen dat het beste weergeeft hoe juist of onjuist u elk van de volgende uitspraken voor uzelf vindt.

a Ik lijk gemakkelijker ziek te worden dan andere mensen

- ☐ 1 volkomen juist
- ☐ 2 grotendeels juist
- ☐ 3 weet ik niet
- ☐ 4 grotendeels onjuist
- ☐ 5 volkomen onjuist

b Ik ben net zo gezond als andere mensen die ik ken

- ☐ 1 volkomen juist
- ☐ 2 grotendeels juist
- ☐ 3 weet ik niet
- ☐ 4 grotendeels onjuist
- ☐ 5 volkomen onjuist

Tot slot een aantal algemene vragen over opleiding en werk en een algemene vraag.

1: Wat is de hoogste opleiding die u heeft voltooid?

- ☐ 1 lager onderwijs (basisonderwijs)
- ☐ 2 lager beroepsonderwijs
(lts, lhno, lager land- en tuinbouw-
onderwijs)
- ☐ 3 middelbaar algemeen onderwijs
(lavo, ulo, mulo, mavo, 3 jaar hbs, etc.)
- ☐ 4 middelbaar beroepsonderwijs
(mts, meao, kleuterweek, etc.)
- ☐ 5 voortgezet algemeen onderwijs
(hbs, mms, gymnasium, havo, vwo, etc.)
- ☐ 6 hoger beroepsonderwijs
(hts, heao, sociaal academie, leraren-
opleiding, etc.)
- ☐ 7 wetenschappelijk onderwijs
(doctoraal, universiteit, ingenieurs-
diploma)
- ☐ 8 anders, nl. :
- ☐ 9 weet ik niet.

2: Heeft u momenteel een betaalde werkkring?

- ☐ 1 nee, ik ben werkloos
- ☐ 2 nee, ik ben arbeidsongeschikt
- ☐ 3 nee, anders nl. :
- ☐ 4 ja, minder dan 20 uur per week
- ☐ 5 ja, meer dan 20 uur per week

3: Wat is uw beroep of het laatste beroep dat u heeft uitgeoefend?

.....
.....

4: In welke gezinssituatie verkeert u?

- ☐ 1 getrouwd / samenwonend
- ☐ 2 alleenstaand
- ☐ 3 anders, nl.:

20 5: In welk land bent u geboren?

.....

6: Als u, nu na het invullen van de lijst nog opmerkingen wilt maken over de antwoorden die u gaf dan kunt u die hieronder vermelden.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7: Wilt u te zijner tijd op de hoogte ☐ ja
worden gebracht van de uitkomsten ☐ nee
van dit onderzoek?

Wilt u hieronder uw naam, adres en telefoonnummer invullen? Die informatie wordt alleen gebruikt om u over een half jaar een tweede vragenlijst toe te sturen en eventueel contact met u op te nemen als er onduidelijkheden mochten zijn.

Naam :

Adres :

Postcode :

Woonplaats :

Telef. te bereiken : ☐ ochtend ☐ middag ☐ avond

Telefoonnummer : ☐
☐

Wilt u controleren of u alle vragen van de lijst heeft ingevuld?

Hartelijk dank voor uw medewerking bij het invullen en opsturen van deze lijst.

W.K. v.d. Heide, huisarts (050 - 5010896)
Leeksterweg 34
9301 AP Ruxden

BIJLAGE 4 VAN HOOFDSTUK 2



Selectieformulier

Datum: ... / ... /

☐ Consult

☐ Visite

Reden van komst

(in woorden patient):

(=contact-reden)

.....
.....
.....

Onderzoek

(meer antwoorden mogelijk)

☐ 1 geen

☐ 2 (klein) lich. onderzoek

☐ 3 rectaal onderzoek

☐ 4 urine

☐ 5 bloed

☐ 6 overig onderzoek

zo ja, specificeer:

.....

Evaluatie / werkdiagnose:

.....
.....
.....

Plan / actie

(meer antwoorden mogelijk)

☐ 1 geen verdere actie; einde episode.

☐ 2 geruststelling

☐ 3 adviezen

☐ 4 terugkomen afhank. beloop en/of actie patient

☐ 5 terugkomen afhank. beloop en/of initiatief-huisarts

☐ 6 medicatie

zo ja, specificeer:

.....
.....

☐ 7 verwijzing

zo ja, specificeer:

.....
.....

☐ 8 anders, nl.:

.....

Mondeling uitleg over onderzoek, toestemming vragen aan onderzoek mee te doen.

Huisarts dan wel patient kan of wil niet meedoen.

Om welke reden niet meedoen?

.....
.....
.....

Niet verder invullen. Dit formulier, inclusief de lege patientenvragenlijst retourneren in portvrije envelop.

Patient doet mee aan onderzoek.

Is patient bekend met bijkomende ziektes?

(meer antwoorden mogelijk)

- ☐ 1 hypertensie
☐ 2 diabetes mellitus
☐ 3 neurologische aandoening:

zo ja, welke:

.....

- ☐ 4 andere

zo ja, specificeer:

.....
.....

Gebruikt patient ook onderhouds-
medicatie?

- ☐ 1 neen

- ☐ 2 ja

zo ja, specificeer:

.....
.....
.....

Naam patient

:

.....

Adres

:

.....

Postcode

:

.....

Woonplaats

:

.....

BIJLAGE 5 VAN HOOFDSTUK 2



**Halfjaarlijst
onderzoek plasklachten
bij mannen**

Geachte collega, beste

Volgens onze gegevens werd onderstaande patiënt een half jaar geleden ingesloten in het onderzoek naar het beloop van plasklachten bij mannen in de huisartsenpraktijk.

Het betreft:

In de onderzoeksopzet is een follow-up gepland. De bijgevoegde lijst dient om de medische gegevens van de "komer" een half jaar na zijn komst op je spreekuur in beeld te brengen.

Het is voor het onderzoek van belang te weten welke actie er voortvloeide uit het spreekuurbezoek. Je vindt hierover op de volgende pagina's een aantal vragen. Ook de patiënt krijgt een vragenlijst om in te vullen en te retourneren.

Zou je deze lijst in willen vullen, liefst op korte termijn, en naar mij willen retourneren in de bijgesloten enveloppe?

Bij voorbaat dank,

Wouter van der Heide



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

1	2
---	---

etiket naam

Volgens het selectieformulier van het eerste consult (d.d. / /) was de evaluatie / werkdiagnose

Onderstaand onderzoek werd verricht bij het eerste consult. Wilt u de door u gevonden gegevens van het onderzoek en de later verkregen lab. uitslagen hieronder toevoegen?

☐ **Geen**

☐ **(klein) lichamelijk onderzoek**

☐ **R.T.**

☐ **Bloed**

PSA

☐ ja

☐ nee

Uitkomst

..... ng/l

Overig

☐ **Urine**

Labstick

☐ ja

☐ nee

Positief voor

☐ alb.

☐ leuco's

☐ nitr.

☐ ery's

Sediment

☐ ja

☐ nee

- leuco's

+ ++ +++

- ery's

+ ++ +++

- bact.

+ ++ +++

☐ **Overig onderzoek**

Zo ja,

specificeer

☐ ja

☐ nee

Volgens het selectieformulier heeft het eerste consult geleid tot: "geen verdere actie; einde episode"

Blijkt dit ook achteraf zo te zijn? ☐ 1 ja ☐ 2 nee

Zo **ja**, einde formulier; **insturen in antwoordenvelop**.

Zo **nee**, hoeveel vervolcontacten zijn er gedurende het afgelopen half jaar geweest? ☐ ☐

Hoeveel op initiatief huisarts? ☐ ☐

Hoeveel op initiatief patiënt? ☐ ☐

Werd er bij de vervolgcontacten (voor het eerst of opnieuw) onderzoek gedaan in de huisartsenpraktijk? ☐ 1 ja ☐ 2 nee

Zo **ja**, wilt u de door U gevonden gegevens van het onderzoek en de (later) verkregen lab. uitslagen hieronder vermelden?

☐ (klein) lichamelijk onderzoek
.....

☐ R.T.
.....

☐ Bloed PSA ☐ 1 ja ☐ 2 nee
Uitkomst ng/l
Overig
.....

☐ Urine Labstick ☐ 1 ja ☐ 2 nee
Positief voor ☐ 1 alb. ☐ 3 leuco's
(kruis aan) ☐ 2 nitr. ☐ 4 ery's
Sediment ☐ 1 ja ☐ 2 nee
- leuco's + ++ +++
- ery's + ++ +++
- bact. + ++ +++

☐ Overig onderzoek ☐ 1 ja ☐ 2 nee
Zo ja, specificeer
..... 4

Hebben de vervolgcontacten geleid tot
veranderingen in de evaluatie /
werkd Diagnose die bij het eerste
bezoek/contact werd(en) gesteld:

☐ 1 ja ☐ 2 nee

Zo ja, welke diagnose(s) wordt/wor-
den nu gesteld?

☐ 1
☐ 2
☐ 3

Hebben de vervolgcontacten uiteinde-
lijk geleid tot ...
(meer antwoorden mogelijk)

☐ 1 geen verdere actie; einde episode
☐ 2 geruststelling
☐ 3 adviezen
☐ 4 terugkomen afhankelijk beloop en/of
actie patiënt
☐ 5 terugkomen afhankelijk beloop en/of
initiatief huisarts
☐ 6 medicatie (nieuw of aanpassing)
Zo ja, specificeer:

.....
.....
.....

☐ 7 verwijzing
Zo ja, specificeer:

.....
.....
.....

☐ 8 anders, namelijk
Zo ja, specificeer:

.....
.....
.....

Indien verwezen

Naar wie werd verwezen?

Uroloog	<input type="checkbox"/> 1 ja	<input type="checkbox"/> 2 nee
Algemeen Chirurg	<input type="checkbox"/> 1 ja	<input type="checkbox"/> 2 nee
Ander, n.l.	

Welke diagnose werd gesteld?

.....
.....
.....
.....

Welke behandeling werd ingesteld? (meer antwoorden mogelijk)

Geen	<input type="checkbox"/> 1 ja	<input type="checkbox"/> 2 nee
Advies / geruststelling	<input type="checkbox"/> 1 ja	<input type="checkbox"/> 2 nee
Medicatie	<input type="checkbox"/> 1 ja	<input type="checkbox"/> 2 nee
Zo ja, welke	

Operatie (-voorstel)	<input type="checkbox"/> 1 ja	<input type="checkbox"/> 2 nee
Zo ja, welke	

Anders	<input type="checkbox"/> 1 ja	<input type="checkbox"/> 2 nee
Zo ja, specificeer	

Controlebeleid/afpraak	<input type="checkbox"/> 1 ja	<input type="checkbox"/> 2 nee
Zo ja, bij		
Huisarts	<input type="checkbox"/> 1 ja	<input type="checkbox"/> 2 nee
Specialist	<input type="checkbox"/> 1 ja	<input type="checkbox"/> 2 nee

Hartelijk dank voor het invullen!! Wil je de lijst opsturen in de antwoordenveloppe?

DANKWOORD

Bij de opzet, uitvoering en beschrijving van dit onderzoek naar plasklachten bij mannen in de huisartspraktijk, heb ik van velen steun gekregen. Zonder hen was het niet gelukt om dit werkstuk af te maken en het past dan ook om hen, na gedane arbeid, te bedanken.

In eerste instantie wil ik mijn promotoren dankzeggen – prof. dr. H.J.A. Mensink en prof. dr. D. Post – voor hun inzet en betrokkenheid. Beste Han, veel dank ben ik je verschuldigd voor het enthousiasme en het geduld waarmee je mij hebt begeleid en van raad hebt voorzien bij alle fases van het onderzoek. Je hebt mij veel vrijheid gegeven om mijn eigen ideeën te volgen, maar wist altijd op tijd hoofd- en bijzaken te scheiden. Je hebt daarnaast altijd veel belangstelling en betrokkenheid aan de dag gelegd voor mijn werk als huisarts en daarbuiten; ik heb dat zeer gewaardeerd.

Beste Doeke, ook jou ben ik veel dank verschuldigd voor de wijze waarop jij ondersteuning bood in raad en daad bij het onderzoeksproject. Je kennis en ervaring als huisarts én als huisarts-onderzoeker, hebben daarin voor mij een grote rol gespeeld, naast je kennis van de sociaal-geneeskundige aspecten van deze studie. Je heldere kijk op de relatie tussen patiënt, arts en gezondheidszorg heeft mij daarin altijd getroffen en is voor mij een belangrijk leerpunt geweest.

Ook het derde lid van het begeleidingsteam wil ik veel dank zeggen: Jan Gubbels, die als statistiscus-methodoloog vanaf de start van het onderzoek in postieve zin heeft meegedacht, mede-verantwoordelijk was voor het design, betrokken was bij het ontwerpen van de vragenlijsten, de onderzoeksdata rangschikte en de resultaten analyseerde. Beste Jan, ik heb veel waardering voor de wijze waarop je mij met de methodologische kant van het onderzoek hebt geholpen. Ik heb veel van je geleerd en zal het overleg, dat we de afgelopen jaren regelmatig in Zwolle hebben gehad, missen.

Als ondersteuner van het eeste uur, wil ik vervolgens prof. dr. B. Meyboom-de Jong bedanken, die als hoogleraar Huisartsgeneeskunde vooral in de beginfase een adviserende rol heeft gespeeld bij de gegevensverzameling van de niet-komers. Later heb ik een beroep kunnen doen op haar opvolger, prof. dr. K. van der Meer, die altijd bereid was vanuit zijn brede kennis van de epidemiologie tot het geven van advies.

Beste Betty en Klaas, dank voor jullie support!

De leden van de beoordelingscommissie, prof. dr. A.L.M. Lagro-Janssen, prof. dr. J.W. Groothoff en prof. dr. J.M. Nijman, wil ik bedanken voor hun aandacht die zij hebben gegeven aan de beoordeling van het manuscript.

Voor hun deelname aan het onderzoek wil ik de patiënten, zowel de komer als de niet-komer, zeer hartelijk bedanken. In deze tijd waarin veel enquêtes naar beleving van gezondheid en klachten, gewenst of ongewenst, op de bevolking worden losgelaten, was het opmerkelijk dat zij openhartig over klachten en hun gezondheidsbeleving wilden rapporteren. Dankzij hun participatie en hun bereidheid tot het insturen van de vragenlijsten, kon dit onderzoek worden verricht en tot een goed einde worden gebracht.

Hun 69 huisartsen wil ik dank zeggen voor de moeite die zij hebben genomen om mijn onderzoek letterlijk in de praktijk ten uitvoer te brengen door patiënten in te sluiten. Zij hebben, ondanks hun drukke werkzaamheden, door hun positieve respons in hoge mate bijgedragen aan het welslagen van dit onderzoek. Hun inzet van toen, is voor mij altijd een belangrijke reden geweest om het onderzoek ook echt af te ronden en over de resultaten ervan te rapporteren.

Specifiek wil ik de huisartsen Cees van Boven (Franeker), Jan Huizinga (Grootegast), Sybren Wiarda (Elde/Paterswolde), Dik van den Berg (Roden) en Edwin Toxopeus (Leek) dankzeggen voor hun moeite en tijd bij de selectie van de niet-komers uit het digitale patiëntenbestand van hun praktijken.

Het “onderzoeksteam Roden”: zonder de inzet en betrokkenheid van mijn dochter Kinge van der Heide, die als data-verzamelaar en -regelaar de grote gegevensstroom die naar de Leeksterweg te Roden op gang kwam, reguleerde en organiseerde, was het niet goed gekomen. Haar optimisme, logistiek inzicht en volhardendheid, heeft het percentage non-respons op de rondgestuurde vragenlijsten sterk doen dalen! Samen met haar partner Erik de Groot, hebben zij door hun hulp de afgelopen jaren véél voor mijn onderzoek, maar ook voor mij in persoonlijke zin, betekend: zij waren multi-inzetbaar, onvermoeibaar en altijd bereid tot meedenken. Veel dank daarvoor.

Bij de start van het onderzoek heb ik als jonge onderzoeker een gastvijnder onderkomen gevonden op het Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken (NCG) bij de werkgroep Public Health, eerst onder voorzitterschap van Doeke Post, later onder leiding van Johan Groothoff. Door mijn aanstelling bij de afdeling Huisartsgeneeskunde ben ik hen deels uit het oog

verloren, maar niet uit het hart. Ik wil met name de werkgroepleden van toen van harte dankzeggen voor hun ondersteuning. Daarnaast wil ik Truus van Ittersum bedanken die mij hielp bij het zoeken van literatuur voor deze studie.

Mijn praktijkmedewerkers wil ik dankzeggen voor de manier waarop zij al die jaren het hebben klaargespeeld om mijn afwezigheid op Huisartsenpraktijk Brink 3 te dekken en de spreekuren opnieuw in te delen wanneer er weer eens een kruis door de planning werd gezet. Zij hebben door mijn afwezigheid in de afgelopen jaren met een heel aantal verschillende waarnemers gedurende korte of langere tijd moeten samenwerken en dat altijd met veel loyaliteit en verantwoordelijkheid gedaan. Mariël, Inge, Annebelle, Mariëtte en Cilly, bedankt voor jullie goede zorgen.

Veel patiënten uit mijn praktijk hebben mij gesteund in het doen van het onderzoek en belangstelling getoond ten aanzien van de vorderingen van het project. De blijken van interesse voor hun eigen dokter hebben mij altijd erg goed gedaan en ik heb het erg gewaardeerd dat zij in staat waren ook aandacht voor mij te kunnen opbrengen.

Zonder de financiële ondersteuning van de Stichting Gezondheidszorgonderzoek IJsselmond was het niet gelukt om dit onderzoek in goede orde af te ronden. Ik wil het bestuur in naam van de heer W.A. van den Berg, voorzitter, van harte dankzeggen voor hun bereidheid om mij in drie stappen een subsidie toe te kennen.

Daarnaast wil ik ook de heer en mevrouw A.M.W. Slagbom-de Vries (Warffum, Gr.) bedanken voor hun genereus gebaar om mijn onderzoeksproject geldelijk te ondersteunen.

De weg van de eindrapportage van de onderzoeksgegevens, vanaf het stadium van vragenlijsten tot manuscript en nu zelfs een echt gedrukt boek, is lang. Een aantal mensen heeft mij, in grafische zin, bij dit traject geholpen: Ton Dagelet (drukwerk en ontwerp paraplu vragenlijsten), Ineke Brink (digitalisering van onderzoeksgegevens), Erik de Groot (grafieken), Suus Bouwland (tekstcorrectie), Geert Jan Engelman (opmaak en omslag) en Joachim Beuvery (drukadvies). Hartelijk dank voor jullie hulp.

Tenslotte wil ik mijn echtgenote, Cilly ter Horst, veel dankzeggen; zij heeft mij door haar helder denken, klare taal en daadkracht altijd ondersteund bij de uitvoering van dit werkstuk en heeft op die manier een belangrijke rol gespeeld in het welslagen van het project.

CURRICULUM VITAE

Wouter van der Heide werd geboren op 15 juli 1949 te Utrecht.

Na het behalen van het eindexamen aan het Stedelijk Gymnasium te Arnhem, studeerde hij geneeskunde aan de Rijksuniversiteit Groningen. In augustus 1976 behaalde hij het artsexamen en startte in februari 1977 met de (toen nog éénjarige) huisartsopleiding in Groningen.

Gedurende het eerste halfjaar werkte hij als arts-assistent bij huisartsopleider Henk Batelaan te Smilde en in het tweede halfjaar rondde hij zijn opleiding af bij wijlen collega Ger Hoekstra, die huisarts was in Roden.

In voorjaar 1977 kon hij zich, na overleg met de zittende collegae, “vrij” vestigen te Roden. Na eerst een periode als solist werkzaam te zijn geweest, associeerde hij zich in 1978 met Klaas van der Meer. Dit samenwerkingsverband werd in de tachtiger jaren uitgebreid met de collegae Yteke de Jong, Fetsje Hoogland, Meike Bruinsma, Ineke Groen en Dik van den Berg.

In 1996 werd deze grote maatschap ontbonden, sindsdien is hij weer solohuisarts en werkt hij vanaf 1998 samen met Mariël Tillema, huisarts in dienstverband.

Vanaf 1990 is hij actief als docent en organisator van nascholingscursussen voor huisartsen.

Vanaf 2002 is hij als huisarts-docent verbonden aan de disciplinegroep Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit te Groningen, waar hij betrokken was bij de begeleiding van co-assistenten tijdens de huisartsstage.

In 2003 werd hij aangesteld als Bekwaamheidscoördinator ‘Onderzoeken en Handelen’ van het nieuwe curriculum van de geneeskundige opleiding, G2010.

Sinds 2004, tot heden, is hij werkzaam als docent van het studentenonderwijs van de basisopleiding geneeskunde.

Wouter van der Heide is getrouwd met Cilly ter Horst; zij hebben vier kinderen, Jente, Veerle, Kinge en Mees en één kleinzoon, Reijer Wouter.

